Министерство здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики
Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Медицинский факультет
Центр медицинского послевузовского образования

УТВЕРЖДАЮ
Министр здравоохранения ПМР
_____К.В.Албул
«_4_» ____01_____20_24_ г.

СОГЛАСОВАНО
Ученым советом факультета
протокол № _5_
от «_29_» ___12___ 20_23_г.
Председатель
Ученого совета факультета
_____Г.Н.Самко

ПРОГРАММА
ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ

образовательной программы послевузовского профессионального образования- программы ординатуры

Специальность **31.08.16 ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ**

Квалификация выпускника: врач – детский хирург
Трудоемкость: 108 часов-3з.е.
Сроки проведения: 24.06.24-6.07.24г.

Тирасполь, 2023

Программа итоговой государственной аттестации образовательной программы послевузовского профессионального образования- программы ординатуры по специальности 31.08.16 Детская хирургия разработана в соответствии с Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования-ординатуры по специальности 31.08.16 Детская хирургия (утвержденным Приказом Министерства Просвещения Приднестровской Молдавской Республики № 668 от 28.07.2021г. «Об утверждении и введении в действие Государственного образовательного стандарта послевузовского профессионального образования - ординатуры)

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании кафедры Хирургии с циклом онкологии протокол № 4 от «10» ноября 2023 г.
Заведующий кафедрой Хирургии с циклом онкологии _____ Фомов Г.В.

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УМК факультета

«12» 12 2023 г. (протокол № 4)

Председатель УМК _____ А.В. Васильчук

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УС факультета

«29» 12 2023г. (протокол № 5)

Председатель УС _____ Г.Н. Самко

Программу составили:

Профессор, д.мед.н. _____ Гарбуз И. Ф.

Содержание

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.
2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры
3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации.
4. Форма и структура итоговой государственной аттестации.
4.1 Форма итоговой государственной аттестации.
4.2 Трудоёмкость итоговой государственной аттестации.
4.3 Структура итоговой государственной аттестации.
5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.
6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации.
6.1 Критерии оценки результатов тестирования
6.2 Критерии оценки практических навыков и умений.
6.3 Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.
7. Содержание государственного экзамена.
7.1 Тестирование
7.2 Практические навыки.
7.3. Устное собеседование
8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

Приложения

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.

Цель - определение соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры требованиям Государственному образовательному стандарту послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.16 «Детская хирургия».

Задачи:

— установление уровня подготовки выпускника к выполнению профессиональных задач (оценка степени сформированности всех компетенций, предусмотренных Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.16 «Детская хирургия», характеризующих готовность выпускников к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации - врач – детский хирург).

— принятие решения о выдаче обучающемуся, успешно прошедшему итоговую государственную аттестацию по программе ординатуры, диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации.

2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры

Итоговая государственная аттестация относится к базовой части программы - Блок 3. итоговая государственная аттестация и завершает процесс освоения имеющих государственную аккредитацию образовательных программ ординатуры.

Итоговая государственная аттестация образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.16 «Детская хирургия» завершается присвоением квалификации " врач – детский хирург".

3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путём обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- физические лица женского пола (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку готовности выпускников, освоивших программу ординатуры, к следующим видам профессиональной деятельности:

— профилактическая;
— диагностическая;
— лечебная;
— реабилитационная;
— психолого-педагогическая;
— организационно-управленческая.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

а) готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу - УК1;

б) готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные,

этнические, конфессиональные и культурные различия - УК2;

в) готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование - УК3.

Профессиональные компетенции (ПК):

а) профилактическая деятельность:

1) готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания - ПК1;

2) готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными - ПК2;

3) готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях - ПК3;

4) готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медикостатистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков - ПК4;

б) диагностическая деятельность - готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - ПК5;

в) лечебная деятельность:

1) готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи - ПК6;

2) готовностью к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации - ПК7;

г) реабилитационная деятельность - готовностью к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении - ПК8;

д) психолого-педагогическая деятельность - готовностью к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих - ПК9;

е) организационно-управленческая деятельность:

1) готовностью к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях - ПК10;

2) готовностью к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей - ПК11.

4.Форма и структура итоговой государственной аттестации

4.1.Форма итоговой государственной аттестации

Итоговая государственная аттестация обучающихся по образовательной программе ординатуры 31.08.16 «Детская хирургия» проводится в форме государственного экзамена.

4.2.Трудоёмкость итоговой государственной аттестации

Объем итоговой государственной аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) - сдачу государственного экзамена.

4.3.Структура итоговой государственной аттестации

В Блок 3 " Итоговая Государственная аттестация" входят подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена. Перед государственным экзаменом по специальности для ординаторов проводятся предэкзаменационные консультации по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в три этапа:

1 этап - тестирование, проводится для получения сертификата специалиста, имеет целью определить готовность специалиста к самостоятельной профессиональной (медицинской) деятельности (согласно Приказу Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 31.05.2022г №477 «Об утверждении Порядка приема граждан на обучение по образовательным программам послевузовского профессионального образования – программам ординатуры, а также Порядка реализации образовательных программ послевузовского профессионального образования – программ ординатуры» (регистрационный № 11145 от 15 июля 2022 года) (САЗ 22-27)). Во время тестирования обучающийся выбирает правильный(е) ответ(ы) из предложенных нескольких вариантов ответов. Каждый обучающийся отвечает на 100 тестовых вопросов, на решение которых отводится 120 минут(2 астрономических часа).

2 этап - оценка практических навыков и умений - состоит из демонстрации практических навыков и умений, приобретенных в результате освоения программы ординатуры.

3 этап – устный экзамен по дисциплине Детская хирургия с целью определения сформированности профессиональных компетенций выпускника, профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения. Каждый билет состоит из пяти теоретических вопросов, в процессе проведения государственного экзамена обучающемуся могут быть заданы уточняющие или дополнительные вопросы в рамках билета. На подготовку к ИГА ординатору выделяется 2 недели. После выбора билета ординатор готовится к ответу 30 минут, отвечает согласно регламенту 20 минут. По решению комиссии обучающийся может быть освобожден от необходимости полного ответа на вопрос билета, уточняющий или дополнительный вопрос.

Этапы государственного экзамена	Компетенции, которые оцениваются в ходе этапа
1 этап - в форме тестирование	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7 ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11.
2 этап - оценка практических навыков и умений	
3 этап – устный экзамен по дисциплине	

5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.

Проведение ИГА определяется календарным учебным графиком, выполнением индивидуального плана ординатора и расписанием ИГА.

Перед итоговой государственной аттестацией обучающиеся должны ознакомиться с программой ИГА. Подготовка к государственному экзамену может проводиться в формах, как устного повторения пройденных дисциплин (с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д.), так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.

6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации. Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

6.1. **Критерии оценки результатов тестирования**

Подведение **итогов 1 этапа в форме тестирования. Результат решения тестов оценивается по ятибалльной системе:**

- 49% и менее правильных ответов - «неудовлетворительно»;
- 50% - 70% - «удовлетворительно»;
- 71% - 84% - «хорошо»;
- 85% - 100% - «отлично».

6.2. Критерии оценки практических навыков и умений

Результаты 2 этапа определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол ИГА. Обучающиеся, получившие оценку «неудовлетворительно» к 3 этапу государственного экзамена не допускается, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений;

- «хорошо» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет;

- «удовлетворительно» - обучающийся обладает удовлетворительными теоретическими знаниями - знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний - не знает методики выполнения, практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и т.д.; и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

6.3. Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.

Результаты 3 этапа государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой

классификации, правильно отвечает на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «хорошо» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «удовлетворительно» - обучающийся показывает частичное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз с учетом принятой классификации. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций, демонстрируя поверхностное знание предмета;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не показывает освоение планируемых результатов обучения по пройденным темам, не может сформулировать диагноз или неправильно его ставит. Не может правильно ответить на большинство дополнительных вопросов, характеризующих уровень освоения необходимых компетенций.

7. Содержание государственного экзамена

7.1.Тестировние: Приложение 1
7.2.Практические навыки: Прилодение 2
7.3 Устное собеседование Приложение 3

8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

Основная литература:

1. Разумовский, А. Ю. Хирургическое лечение портальной гипертензии у детей [Текст]. - М. : МИА, 2012.
2. Хирургическая гастроэнтерология детского возраста. Под. ред. Подкаменев В. В. Москва, «МИА», 2012.
3. Эндохирургические операции у новорожденных. Под. ред. Разумовский А. Ю. Москва, «МИА», 2015.
4. Позвоночно-спиномозговая травма у детей. Под. ред. Баиндурашвили А.Г. С.-Пб. «Онли-Пресс». 2016.
5. Гематогенный остеомиелит у детей. Под. ред. Стрелков Н. С. Москва, «ГЭОТАР-Медиа», 2018.
6. Белов, Ю. В. Руководство по сосудистой хирургии с атласом оперативной техники [Текст]. - Москва : МИА, 2011. - 463 с.
7. Степаненко С. М. Анестезиология, реаниматология и интенсивная терапия у детей. ГЭОТАР-Медиа, 2016 .
8. Анестезиология и интенсивная терапия в педиатрии : учебник / Агавелян Э. Г.,2011
9. Разин М. П. Детская урология – андрология [Электронный ресурс] : [учеб. пособие]/ М. П. Разин, В. Н. Галкин, Н. К. Сухих. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 128 с.
10. Неонатология. Практические рекомендации. Под ред. Райнхард Рооз.-М. Медицинская литература-2011г- 568 с.
11. Урология: нац. рук. / под ред. Н. А. Лопаткина. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -
12. Травматология: нац. рук. / [О. Е. Агранович и др.] ; под. ред. Г. П. Котельникова, С. П. Миронова. – 2-е изд. перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1102 с.

Дополнительная литература:

1. Национальное руководство «Детская хирургия». Москва, «ГЭОТАР-Медиа», 2009.
2. Практическое руководство по детским болезням. Т. 13 : Основы детской хирургии : пособие для практикующих врачей / под ред. А. В. Гераськина. - М. : Медпрактика-М, 2009.
3. Хирургическое лечение гастроэзофагального рефлюкса у детей. Под. ред. Разумовский А. Ю. Москва, «ГЭОТАР-Медиа», 2010.
4. Эндохирургические операции в торакальной хирургии у детей. Под. ред. Разумовский А. Ю. Москва, «ГЭОТАР-Медиа», 2010.
5. Срочная хирургия детей. Руководство для врачей. Под. ред. Баиров Г.А. С.-Пб. «Питер». 1997.
6. Интенсивная терапия в педиатрии : практ. рук. / В. И. Гребенников и др. ; под ред. В. А. Михельсона. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007.
7. Шабалов, Н. П. Неонатология [Текст] : [учеб. пособие для вузов] : в 2 т. / Н. П. Шабалов. Т. 1. - Москва : МЕДпресс-информ, 2009.
8. Шабалов, Н. П. Неонатология [Текст] : [учеб. пособие для вузов] : в 2 т. / Н. П. Шабалов. - 5-е изд., испр. и доп. - Т. 2. - Москва : МЕДпресс-информ, 2009.
9. Актуальные вопросы детской хирургии : методическое пособие для врачей/Российский государственный медицинский университет, Кафедра детской хирургии ; А. Ф. Дронов и др. ; под ред. А. В. Гераськина. - Москва : ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, 2009.
10. Диагностика и интенсивная терапия в хирургии новорожденных : методические рекомендации / Российский государственный медицинский университет ; [Т. В. Красовская, Т. Н. Кобзева, Н. В. Белобородова, Ю. В. Жиркова]. - Москва : РГМУ, 2010. - 50 с.
11. Детская хирургия. Диагностика и интенсивная терапия неотложных состояний детского возраста: [учеб.-метод. пособие для лечеб. фак.] / Рос. гос. мед. ун-т, каф.дет. хирургии ; [С. Л. Коварский, Л. Б. Меновщикова, С. Г. Врублевский и др. ; под ред. А. В. Гераськина, Т. Н. Кобзевой]. - Москва : РГМУ, 2010.
12. Хирургические болезни и интенсивная терапия неотложных состояний детского возраста. Разд. 9 : учеб.-метод. пособие для лечеб. фак. / Рос. гос. мед. ун-т, Каф.дет. хирургии ; разраб. : С. Л. Коварский и др. ; под ред. А. В. Гераськина. – Москва: РГМУ, 2008.
13. Детская травматология. Под. ред. Баиров Г.А. С.-Пб. «Питер». 2000.
14. Атлас по детской урологии. Под. ред. Куликова П.В. Москва, «ГЭОТАР-Медиа», 2009.
15. Атлас детской оперативной хирургии. Под. ред. Пури. П. перевод с англ.: Немиловой Т.К. Москва, «МЕДпресс-информ», 2009.
16. Долецкий С.Я. и др. Хирургия новорожденных: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1976.
17. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни у детей. – М.: Медицина, 1998.
18. Педиатрия. Под. ред. Шабалов Н.П. С.-Пб.:СпецЛит, 2002.
19. Пропедевтика клинических дисциплин / Под. ред. Э.М. Аванесьяна. – Ростов н/Д: Феникс, 2004.
20. Ратнер А.Ю. Неврология новорожденных: острый период и поздние осложнения. – М.: Бином, 2005.
21. Руководство по педиатрии: Неотложная помощь и интенсивная терапия / Под. ред. М. Роджерса, М. Хелфаера. – СПб., 1999.
22. Шиляев Р.Р. и др. Болезнь детей старшего возраста: Руководство для врачей. – М.: Мед. Пресс-информ, 2002.

23. Эрман М.В. Нефрология детского возраста в схемах и таблицах. – СПб.: Специальная литература, 1997.
24. Неотложная и абдоминальная хирургия. Разд. 4 : метод. пособие / Рос. гос. мед. ун-т, Каф. дет. хирургии ; разраб. : Н. Д. Шумов и др. ; под ред. А. В. Гераськина.– М. : РГМУ, 2008.
25. Абдоминальная хирургическая инфекция [Текст] : рос. нац. рекомендации /[Абакумов М. М., Багненко С. Ф., Белобородов В. Б. и др.] ; Рос. о-во хирургов и др. - Москва : [б. и.], 2011.
26. Торакальная хирургия : учебно-методическое пособие / Российский государственный медицинский университет, Кафедра детской хирургии ; [А. Ю. Разумовский, В. Е. Рачков, Е. В. Феоктистова и др. ; под ред. А. В. Гераськина, Т. Н. Кобзевой]. - Москва : РГМУ, 2010.
27. Ортопедия : учебно-методическое пособие / Российский государственный медицинский университет, Кафедра детской хирургии ; [Е. П. Кузнечихин, В. М. Крестьяшин, Д. Ю. Выборнов и др. ; под ред А. В. Гераськина, Т. Н. Кобзевой]. - Москва : РГМУ, 2010.
28. Травматические повреждения детского возраста : учебно-методическое пособие / Российский государственный медицинский университет, Кафедра детской хирургии ; [Е. П. Кузнечихин, Д. Ю. Выборнов, В. М. Крестьяшин и др. ; под ред. А. В. Гераськина, Т. Н. Кобзевой]. - Москва : РГМУ, 2010.
29. Эндотоксиновая агрессия как причина послеоперационных осложнений в детской хирургии : (новые перспективы профилактики) / М. В. Мешков, Ю. К. Гатауллин, В. Б. Иванов, М. Ю. Яковлев. - М. : КДО-тест, 2007. - 143 с. : ил. - (Новые лечебно-диагностические технологии ; кн. 2).
30. Кампхаузен, У. Уход в хирургической практике : [руководство] / У. Кампхаузен ; пер. с нем. М. Д. Дибирова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 469 с. : ил. - Пер. изд. : Klinikleitfaden Chirurgische Pflege / hrsgb. U. Kamphausen. (2. vol. uber. Aufl. Munchen: Jena : Elsevier : Urban und Fischer).
31. Синдром объемного образования брюшной полости и забрюшинного пространства у новорожденных [Текст] : методические рекомендации / Министерство здравоохранения РФ, Российский государственный медицинский университет ; разраб. : Т. Н. Кобзева, Н. В. Голоденко. - Москва : РГМУ, 2008.
32. Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей и костей у детей [Текст] : атлас / под ред. А. Ф. Дронова, А. Н. Смирнова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 257 с.
33. Банкалари Э. Легкие новорожденных [Электронный ресурс] : практ. рук. : пер. С англ. / Э. Банкалари. – Москва : Логосфера, 2015. – 672 с. – (Проблемы и противоречия в неонатологии). –
34. Здравый смысл в неотложной абдоминальной хирургии [Текст]: нетрадиционная книга для обучающихся и думающих хирургов : пер. с англ. / М. Шайн и др. ; под ред. М. Шайна и др. - 3-е изд. - [Б. м.] : [б. и.], [2010]. - 651 с. :ил. - Пер. изд.: Schien's Common Sense Emergency Abdominal Surgery / M. Schein et.al. (Berlin, Heidelberg, Springer, 2010).

Приложение 1

11.01. Червеобразный отросток — это:
А) рудимент;
Б) функциональный орган;
В) порок развития;
Г) аномалия;
Д) вариант развития.

11.02. Укажите целесообразность проведения ректального исследования при подозрении на острый аппендицит:
А) обязательно;
Б) необязательно;
В) у детей младшего возраста по показаниям;
Г) у девочек по показаниям;
Д) в зависимости от клиники.

11.03. Симптомом Ситковского при остром аппендиците называется:
А) усиление болей при расположении на левом боку;
Б) появление болезненности при скользящем движении от пупка к правой подвздошной области по рубашке больного;
В) усиление болей при поднятии выпрямленной ноги и одновременной пальпации подвздошной области;
Г) усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки;
Д) правое яичко расположено выше левого.

11.04. Симптом Думбадзе при остром аппендиците - это:
А) болезненность при ректальном исследовании в правой подвздошной области;
Б) болезненность при пальпации области пупочного кольца;
В) уменьшение болей в положении на животе;
Г) усиление болей при отведении купола кишки медиально;
Д) снижение или отсутствие брюшных рефлюксов.

11.05. Наиболее характерными изменениями картины крови при аппендиците является:
А) умеренный лейкоцитоз и нейтрофильный сдвиг формулы влево;
Б) гиперлейкоцитоз;
В) лейкопения;
Г) отсутствие изменений;
Д) ускоренное СОЭ.

11.06. Наиболее характерным признаком болезни Шейнлейн — Геноха у больного с абдоминальным синдромом является:
А) болезненное опухание суставов;
Б) геморрагические высыпания на коже;
В) гематурия, альбуминурия;
Г) появление точечных кровоизлияний после щипка кожи;
Д) комбинация перечисленных симптомов.

11.07. У ребенка клиническая картина, характерная для острого мезоаденита. В этом случае необходимы:
А) наблюдение;
Б) срочное оперативное вмешательство разрезом в правой подвздошной области;
В) лапароскопия;
Г) назначение антибактериальной терапии;
Д) перевод больного в терапевтическое отделение.

11.08. Регресс воспалительного процесса при остром аппендиците:
А) невозможен;
Б) возможен при начальной стадии воспаления;
В) возможен при флегмонозном аппендиците;
Г) возможен при гангренозном аппендиците;
Д) возможен даже при перфоративном аппендиците .

11.09. Больной острым аппендицитом лежа в постели занимает положение:

А) на спине;

Б) на животе;

В) на праиом боку с приведенными ногами;

Г) на левом боку;

Д) сидя.

11.10. Трехлетний ребенок, госпитализированный в стационар с подозрением на острый аппендицит, очень беспокоен, негативно реагирует на осмотр. Чтобы обеспечить осмотр ребенка, объективно оценить изменения со стороны передней брюшной стенки, необходимо:

А) ввести промедол;

Б) ввести седуксен;

В) ввести спазмолитики;

Г) сделать теплую ванну;

Д) осмотреть ребенка в состоянии естественного сна.

11.11. Допустимая продолжительность наблюдения за ребенком, поступившим в хирургический стационар с подозрением на острый аппендицит, при отсутствии возможности сделать лапароскопию, ограничена:

А) 3 часами;

Б) 6 часами;

В) 12 часами;

Г) 18 часами;

Д) 24 часами.

11.12. Хирург и гинеколог при совместном осмотре не могут решить, что у больного — острый аппендицит или острый аднексит. В этом случае следует выполнить:

А) срединнуюлапаротомию;

Б) лапаротомию разрезом по Пфаненштиллю;

В) лапаротомию разрезом в правой подвздошной области;

Г) лапароскопию;

Д) динамическое наблюдение.

11.13. У больного с сахарным диабетом неясная картина острого аппендицита. Уточнить диагноз позволяет:

А) наблюдение;

Б) консервативное лечение;

В) лапароскопия;

Г) лапаротомия в правой подвздошной области;

Д) срединная лапаротомия.

11.14. Наиболее достоверными признаками острого аппендицита у детей являются:

А) локальная боль и рвота;

Б) напряжение мышц брюшной стенки и рвота;

В) напряжение мышц брюшной стенки и локальная болезненность;

Г) симптом Щеткина и рвота;

Д) жидкий стул и рвота.

11.15. У ребенка на операции обнаружен гангренозный аппендицит. Выпот прозрачный, около отростка небольшие фибринозные наложения, инфильтрация тканей. Произведена аппендэктомия. Дальнейшая тактика включает:

А) одномоментное введение антибиотиков;

Б) резиновый выпускник;

В) марлевый тампон;

Г) промывание брюшной полости;

Д) тампон Микулича.

11.16. У ребенка на операции обнаружен перфоративный аппендицит, имеется периаппендикулярный абсцесс, стенки которого спадаются. Произведена аппендэктомия. Дальнейшая тактика включает:

А) одномоментное введение антибиотиков;

Б) двухпросветный дренаж;

В) резиновый выпускник;

Г) промывание брюшной полости;

Д) тампон Микулича.

11.17. У ребенка на операции обнаружен перфоративный аппендицит, периаппендикулярный абсцесс с ригидными стенками. Ему следует выполнить:

А) микроирригатор;
Б) промывание брюшной стенки;
В) марлевый тампон;
Г) двухпросветный дренаж;
Д) резиновый выпускник.

11.18. У ребенка диагностирован холодный аппендикулярный инфильтрат. Дальнейшая тактика:

А) стационарное наблюдение;
Б) амбулаторное наблюдение;
В) антибиотики, физиотерапия, наблюдение;
Г) срочная операция;
Д) операция в плановом порядке.

11.19. У ребенка на операции обнаружен перфоративный аппендицит. Обильный гнойный выпот. Умеренные фибринозные наложения и инфильтрация тканей, парез кишечника. Операцию следует закончить:

А) одномоментной санацией брюшной полости путем промывания;
Б) лаважом брюшной полости после операции;
В) лапаростомией;
Г) ввести микроирринаторы;
Д) дренирование брюшной полости в подвздошных областях.

11.29. У ребенка картина странгуляционной непроходимости кишечника. Ему необходимы:

А) проведение консервативных мероприятий;
Б) наблюдение;
В) дача бария, консервативные мероприятия в течение 3-6 часов;
Г) срочная операция;
Д) операция после предоперационной подготовки.

11.30. У ребенка на 4-е сутки после операции картина ранней спаечной непроходимости кишечника. Ему необходима:

А) срочная операция;
Б) наблюдение;
В) дача бария, наблюдение;
Г) дача бария, проведение консервативных мероприятий;
Д) операция в плановом порядке.

11.31. При спаечно-паретической непроходимости кишечника сроки консервативной терапии не должны превышать:

А) 3-6 час;
Б) 6-12 час;
В) 12-24 час;
Г) 24-48 час;
Д) 48-72 час.

11.32. Ребенок 10 лет. Оперирован год назад по поводу аппендикулярного перитонита. Жалобы на приступообразные боли в животе, рвоту, задержку стула. При поступлении ребенка в стационар обследование целесообразно начать:

А) с ректального пальцевого исследования;
Б) с ирригографии с воздухом;
В) с обзорной рентгенографии брюшной полости стоя;
Г) с введения зонда в желудок;
Д) с дачи бариевой взвеси через рот.

11.33. Наиболее частой причиной тонко-тонкокишечной инвагинации является:

А) возрастная дискоординация перистальтики;
Б) изменение или нарушение режима питания;
В) диспепсия;
Г) респираторно-вирусная инфекция;
Д) органическая причина (дивертикул, полип, опухоль, кровоизлияние).

11.34. У ребенка 10 месяцев приступообразные боли в животе, однократная рвота. Температура нормальная. В правой подвздошной областипальпируется округлое опухолевое образование. При ректальном

исследовании патологии не обнаружено. Предположительный диагноз — инвагинация кишечника. Клиническую картину следует расценить:

А) как начальный период;
Б) как период ярких клинических проявлений;
В) как период непроходимости кишечника;
Г) как явления перитонита;
Д) период осложнений.

11.35. У ребенка начальный период инвагинации кишечника. Наиболее рациональным методом лечения его является:

А) расправление инвагината воздухом под рентгеновским контролем;
Б) пальпаторное расправление инвагината под наркозом;
В) расправление инвагината воздухом под контролем лапароскопа;
Г) расправление инвагината воздухом под контролем колоноскопа;
Д) оперативное лечение.

11.36. У ребенка 8 мес. однократная рвота. Приступообразные боли в животе. При пальпации определяется округлой формы образование в правой подвздошной области. При ректальном исследовании выявлено обильное кровотечение. Давность заболевания 10 часов. Наиболее вероятный диагноз:

А) острый аппендицит;
Б) инвагинация кишечника;
В) аппендикулярный инфильтрат;
Г) кишечная инфекция;
Д) опухоль брюшной полости.

11.37. У ребенка 8 месяцев клиника инвагинации кишечника. Давность заболевания — 9 час с момента появления выраженного беспокойства. Оптимальным методом специального обследования у больного следует считать:

А) ирригографию с воздухом;
Б) ирригографию с бариевой смесью
В) колоноскопию;
Г) лапароскопию;
Д) исследование ректального давления.

11.38.Главное достоинство применения колоноскопии при инвагинации кишечника состоит:

А) в отказе от рентгеновского обследования;
Б) в визуальной диагностике инвагината;
В) в визуальном контроле за расправлением инвагината;
Г) в возможности выявить органическую причину инвагинации;
Д) в возможности решить вопрос о показаниях к оперативному лечению вне зависимости от сроков заболевания.

11.39. Из перечисленных специальных методов обследования позволяет решить вопрос о необходимости оперативного вмешательства при инвагинации кишечника вне зависимости от сроков заболевания:

А) лапароскопия;
Б) колоноскопия;
В) ирригография с воздухом;
Г) ирригография с бариевой смесью;
Д) пальпация живота под наркозом.

11.40. У ребенка с инвагинацией кишечника, давностью заболевания 10 часов консервативные мероприятия оказались неэффективными. При расположении инвагината в правой подвздошной области наиболее предпочтительны:

А) срединная лапаротомия;
Б) поперечная лапаротомия;
В) разрез в подвздошной области;
Г) параректальный доступ;
Д) разрез по Пфаненштиллю.

11.41. У ребенка с инвагинацией кишечника, давностью заболевания 12 часов консервативные лечебные мероприятия оказались неэффективными. Инвагинат пальпируется в эпигастральной области. В этом случае предпочтительна:

А) срединная лапаротомия;

Б) поперечная лапаротомия;
В) разрез в правой подвздошной области;
Г) параректальный доступ;
Д) разрез в правом подреберье.

11.42.У ребенка инвагинация кишечника. Давность заболевания более 24 часов. Выражена картина непроходимости кишечника. В этом случае предпочтительна:
А) срединная лапаротомия;
Б) поперечная лапаротомия;
В) разрез в правой подвздошной области;
Г) параректальный доступ справа;
Д) параректальный доступ слева.

11.43.У ребенка во время операции по поводу запущенной инвагинации кишечника обнаружены некрозы дистального отдела подвздошной кишки и сомнительная жизнеспособность вышележащих отделов подвздошной кишки на протяжении 50 см. Тактика хирурга включает:
А) резекцию явно некротизированного участка кишки, илеосто-му, плановую релапаротомию через 12 часов;
Б) резекцию всей подвздошной кишки, илеостому;
В) резекцию подвздошной кишки, тонко-толстокишечный анастомоз;
Г) выведение на кожу измененного участка кишки петлей;
Д) резекцию некротизированного участка кишки, кишечный анастомоз.

11.44. Оптимальные сроки закрытия илеостомы у ребенка 3 месяцев, оперированного по поводу инвагинации кишечника, при гладком послеоперационном течении составляют:
А) 5-7 дней;
Б) 1 мес;
В) 3 мес;
Г) 6 мес;
Д) 1год.

11.45. У ребенка с травмой живота во время операции обнаружен линейный разрыв селезенки с умеренным кровотечением. Рациональные действия хирурга включают:
А) спленоэктомию;
Б) попытку ушивания дефекта;
В) перевязку селезеночной артерии;
Г) оставление страхового дренажа, без манипуляций на селезенке;
Д) спленэктомию с имплантацией пульпы селезенки.

11.46. У ребенка с травмой живота во время операции обнаружен массивный разрыв селезенки с переходом на область ворот органа. Продолжается активное кровотечение. Наиболее рациональные действия хирурга включают:
А) спленоэктомию;
Б) попытку ушивания дефекта;
В) перевязку селезеночной артерии;
Г) оставление страхового дренажа, без манипуляций на селезенке;
Д) спленэктомию с имплантацией пульпы селезенки.

11.47. У ребенка 7 лет после падения с высоты состояние средней тяжести. Жалобы на боли в животе. Определяется непостоянное напряжение мышц передней брюшной стенки, болезненность при перкуссии живота. Начать обследование целесообразно:
А) с рентгенографии брюшной полости;
Б) с ультразвукового исследования;
В) с лапароскопии;
Г) с лапароцентеза;
Д) с внутривенной урографии.

11.48. У ребенка с травмой живота диагностировано внутрибрюшное кровотечение, повреждение селезенки. Гемодинамика стабильная. Наиболее целесообразные действия хирурга:
А) лапароцентез;
Б) лапароскопия, осмотр брюшной полости;
В) лапароскопия, установка длительного дренажа;
Г) лапаротомия, ревизия брюшной полости;

Д) наблюдение, консервативная терапия.

11.49. У ребенка с травмой живота внутрибрюшное кровотечение. Подозрение на повреждение селезенки. В процессе наблюдения отмечено ухудшение общего состояния, нестабильность гемодинамики. Наиболее рациональное действие:

А) лапароцентез;
Б) лапароскопия, ревизия;
В) лапароскопия, длительный дренаж;
Г) лапаротомия, ревизия брюшной полости;
Д) наблюдение, консервативная терапия.

11.50. У ребенка 10 лет подозрение на повреждение печени. Отмечается непостоянное напряжение мышц брюшной стенки, болезненность при перкуссии, небольшое количество свободной жидкости в брюшной полости. Состояние средней тяжести. Гемодинамика стабильная. Ребенку следует рекомендовать:

А) лапароцентез;
Б) лапароскопию;
В) лапаротомию;
Г) наблюдение;
Д) наблюдение, консервативную терапию.

11.51. У ребенка 7 лет после падения с высоты состояние средней тяжести. Жалобы на боли в животе. Определяется непостоянное напряжение мышц брюшной стенки, болезненность при перкусии живота. Начать обследование целесообразно:

А) с рентгенографии брюшной полости;
Б) с ультразвукового исследования;
В) с лапароцентеза;
Г) с лапароскопии;
Д) с внутривенной урографии.

11.52. У ребенка с травмой живота диагностирован разрыв селезенки, внутрибрюшное кровотечение. Состояние средней тяжести. Гемодинамика не стабильна. Ребенку необходимы:

А) лапароцентез;
Б) лапароскопия;
В) установка длительного дренажа брюшной полости;
Г) лапаротомия, ревизия брюшной полости;
Д) наблюдение, консервативная терапия.

11.53. У ребенка травма живота. Внутреннее кровотечение. Подозрение на разрыв селезенки. В процессе наблюдения отмечено ухудшение состояния. Нестабильность гемодинамики. Ребенку следует рекомендовать:

А) лапароцентез;
Б) лапароскопию;
В) установку дпительного дренажа брюшной полости;
Г) лапаротомию;
Д) наблюдение, консервативная терапия.

11.54. Рациональным доступом при операции по поводу разрыва селезенки является:

А) срединная лапаротомия;
Б) поперечная лапаротомия;
В) разрез в левом подреберье;
Г) параректальный доступ;
Д) трансректальный доступ.

11.55. У ребенка с травмой живота подозрение на повреждение печени. Состояние тяжелое. Гемодинамика нестабильна. Из лечебных действий целесообразны:

А) лапароцентез;
Б) лапароскопия;
В) лапаротомия;
Г) консервативная терапия;
Д) наблюдение.

11.56. У ребенка 10 лет сочетанная травма: ушиб головного мозга, кома II ст., внутрибрюшное кровотечение. Гемодинамика стабильна. Наиболее рациональные действия хирурга включают:

А) лапароцентез;

Б) лапароскопия;
В) лапаротомия;
Г) консервативная терапия;
Д) наблюдение.

11.57. У ребенка проникающее ранение брюшной полости в области правой доли печени. Состояние удовлетворительное. Гемодинамика стабильна. Перитонеальные знаки не выражены. Небольшое количество свободной жидкости в брюшной полости. Хирургу следует рекомендовать:
А) лапароцентез;
Б) лапароскопия;
В) лапаротомия;
Г) наблюдение;
Д) консервативная терапия.

11.58. У ребенка 7 лет во время операции обнаружено размозжение участка тела поджелудочной железы. Наиболее рациональная тактика включает:
А) марлевый тампон через срединную рану;
Б) марлевый тампон через контрапертуру;
В) промывание брюшной полости, страховой дренаж в малый таз;
Г) установка сквозного дренажа вдоль железы;
Д) удаление тела и хвоста железы, тампонада.

11.59. У ребенка 7 лет с травмой живота перкуторно отмечено исчезновение печеночной тупости. Дальнейшее исследование должно включать:
А) рентгенографию брюшной полости;
Б) лапароцентез;
В) лапароскопию;
Г) ультразвуковое исследование;
Д) ангиографию.

11.60. У ребенка с травмой живота на обзорной рентгенограмме выявлен свободный газ в брюшной полости. Ему необходима:
А) лапароскопия;
Б) лапароцентез;
В) лапаротомия;
Г) ультразвуковое исследование;
Д) наблюдение.

11.61. При подозрении на разрыв забрюшинной части 12-перстной кишки наиболее информативным исследованием является:
А) ультразвук;
Б) рентгеновский обзорный снимок;
В) лапароскопия;
Г) гастродуоденоскопия;
Д) исследование желудка с бариевой взвесью.

11.62. У больного с травмой живота во время операции обнаружены субсерозные гематомы кишки и желудка. В этом случае наиболее рационально:
А) вскрытие гематом, ревизия стенки органа;
Б) пункция и эвакуация гематом;
В) оставление гематом;
Г) погружение гематом серозномышечными швами;
Д) резекция пораженных участков.

11.63. У ребенка с огнестрельным ранением брюшной стенки
и рентгенологически подтвержденным инородным телом во время операции инородное тело не обнаружено. Наиболее рационально в этом случае:
А) настойчивые поиски инородного тела;
Б) отказ от поисков;
В) повторное рентгеновское исследование;
Г) перенос больного в рентгеновский кабинет для направленных поисков;
Д) использование рентгеноконтрастных методов для обнаружения инородного тела во время операции.

11.64. У ребенка с огнестрельным ранением брюшной полости произведена резекция пораженного участка тонкой кишки. Пареза кишечника нет. Для декомпрессии кишечника зонд следует ввести:

А) трансанально;
Б) трансназально;
В) через гастростому;
Г) через энтеростому;
Д) зонда вводить не следует.

11.65. Ребенок 5 лет проглотил гвоздь длиной 40 мм. На обзорной рентгенограмме гвоздь в желудке. Наиболее рациональны в этом случае:

А) гастроскопия;
Б) гастротомия;
В) наблюдение;
Г) стимуляция моторики кишечника;
Д) дача бариевой взвеси и наблюдение.

11.66. Ребенок 3 дня назад проглотил гвоздь длиной 40 мм. Жалоб нет. При рентгенологическом исследовании гвоздь фиксирован в желудке. В этом случае наиболее рациональна:

А) гастроскопия;
Б) гастротомия;
В) наблюдение;
Г) стимуляция моторики кишечника;
Д) лапароскопия.

11.67. У ребенка, оперированного по поводу периаппендикулярного абсцесса, аппенэктомии и дренирования гнойника, на пятые сутки после операции стало поступать кишечное отделяемое из раны. В этом случае целесообразно:

А) консервативное лечение;
Б) расширение раны, ревизия;
В) срединная лапаротомия, ревизия;
Г) лапаротомия, терминальная стома для отключения;
Д) лапаротомия, обходной анастомоз.

11.68. У ребенка в послеоперационном периоде после аппендэктомии и дренирования абсцесса, сформировался трубчатый свищ области илеоцекального угла. Оперативное вмешательство наиболее целесообразно в сроки:

А) 3 мес;
Б) 6 мес;
В) 1 год;
Г) 1,5 года;
Д) индивидуальный подход.

11.69. У ребенка после повторной операции по поводу аппендикулярного перитонита сформировался полный кишечный свищ подвздошной кишки с пролабированием задней стенки кишки. Из оперативных методов наиболее рационален:

А) ушивание кишки в ране;
Б) резекция несущей части кишки с анастомозом;
В) широкая мобилизация кишки и ушивание дефекта;
Г) обходной анастомоз для отключения;
Д) индивидуальное решение.

11.70. У ребенка во время операции по поводу подозрения на острый аппендицит червеобразный отросток не изменен, в брюшной полости обнаружено дуоденальное содержимое. Хирургу следует:

А) провести ревизию тонкой кишки из разреза в правой подвздошной области;
Б) расширить рану и выполнить ревизию брюшной полости;
В) перейти на срединную лапаротомию;
Г) перейти на параректальный доступ;
Д) выполнить аппендэктомию.

11.71. При перфоративной язве желудка у ребенка 10 лет целесообразно:

А) ушивание язвы;
Б) иссечение язвы и ушивание дефекта;
В) Бильрот-I;

Г) Бильрот-II;
Д) Гофмейстер - Финстерер.

11.72. Рациональное отношение к «попутной» аппендэктомии:
А) обязательное удаление отростка;
Б) стремление к оставлению червеобразного отростка;
В) аппендэктомия инвагинальным способом;
Г) удаление при атипичном расположении отростка;
Д) в зависимости от возраста больного.

11.73. У ребенка 13 лет рвота с примесью крови, дегтеобразный стул. В анамнезе голодные и ночные боли в эпигастральной области. Живот мягкий, безболезнен. Наиболее вероятный диагноз:
А) гастродуоденит;
Б) кровотечение из расширенных вен пищевода;
В) язвенная болезнь желудка или 12-перстной кишки;
Г) Меккелев дивертикул;
Д) неспецифический язвенный колит.

11.74. У ребенка 12 лет клиника желудочно-кишечного кровотечения. Начать обследование целесообразно:
А) с контрастного исследования желудка и 12-перстной кишки;
Б) гастродуоденоскопии;
В) лапароскопии;
Г) лапаротомии и ревизии брюшной стенки;
Д) колоноскопии.

11.75. У ребенка во время операции по поводу флегмонозного аппендицита случайно обнаружен неизмененный Меккелев дивертикул. Наиболее целесообразно:
А) удаление Меккелева дивертикула;
Б) оставление дивертикула;
В) плановое удаление дивертикула через 2-3 месяца;
Г) на усмотрение хирурга;
Д) установка страхового дренажа для наблюдения.

11.76. Во время операции по поводу аппендикулярного перитонита случайно обнаружен неизмененный Меккелев дивертикул. Рациональное действие хирурга включает:
А) удаление дивертикула;
Б) оставление дивертикула;
В) введение стомы на уровне дивертикула;
Г) плановое удаление дивертикула через 3 месяца;
Д) плановое удаление дивертикула в индивидуальные сроки.

11.77. При флегмонозно измененном Меккелевом дивертикуле, если основание его инфильтрировано, целесообразна:
А) клиновидная резекция;
Б) резекция под углом 45°;
В) резекция кишки с анастомозом конец в конец;
Г) резекция кишки, анастомоз бок в бок;
Д) на усмотрение хирурга.

11.78. При картине первичного перитонита рациональные действия хирурга предусматривают:
А) лапароскопию;
Б) лапаротомию;
В) лапароцентез;
Г) антибактериальную терапию;
Д) наблюдение.

11.79. При пальпируемом кистозном образовании брюшной полости у ребенка 7 лет целесообразно начать обследование:
А) с пальпации под наркозом;
Б) с ультразвукового исследования;
В) с обзорной рентгенографии брюшной полости;
Г) с лапароскопии;
Д) с внутривенной урографии.

11.80. Наиболее достоверным симптомом перекрута кисты яичника является:
А) острое начало, боли внизу живота с иррадиацией в промежность;
Б) беспокойное поведение, позывы на мочеиспускание;
В) нормальная температура тела, отсутствие лейкоцитоза;
Г) мягкий живот, отсутствие перитонеальных знаков;
Д) обнаружение при ректальном исследовании округлого, эластичного образования.

11.81. Постоянным симптомом внепеченочной формы портальной гипертензии является:
А) гепатомегалия;
Б) увеличение размеров живота;
В) спленомегалия;
Г) кровавая рвота;
Д) асцит.

11.82. В комплекс мероприятий с целью остановки кровотечения при портальной гипертензии входит все следующие мероприятия, кроме:
А) постельного режима;
Б) исключения кормления через рот;
В) зондирования желудка;
Г) инфузионной гемостатической терапии;
Д) парентального питания.

11.83. Наиболее вероятной причиной холецистита (холелитиаза) в летском возрасте является:
А) гормональные нарушения;
Б) наследственность;
В) пороки развития желчного пузыря;
Г) нарушение обменных процессов;
Д) хронический гепатит.

11.84. Ребенок 5 лет поступил с клиникой острого холецистита через 4 часа от начала заболевания. Ему следует рекомендовать:
А) экстренное оперативное вмешательство;
Б) динамическое наблюдение;
В) консервативное лечение 6-8 часов, при неэффективности - операцию;
Г) консервативное лечение 24-48 часов;
Д) консервативное лечение до 72 часов, при неэффективности -операцию.

Приложение 2

задача 1 Ребенок 12 лет обратился с жалобами на острую боль в правой половине мошонки, появившуюся два часа назад. При осмотре наружные половые органы сформированы правильно. Правое яичко подтянуто к корню мошонки, при пальпации резко болезненное, малоподвижное. Кремастер-рефлекс не вызывается. Кожа мошонки отечная, гиперемирована.

Вопросы: 1. Ваш диагноз?

2. Какие дополнительные исследования показаны данному пациенту?

3. Лечебная тактика

4. Прогноз и рекомендации

задача 2 У ребенка 11 лет жалобы на увеличение левой половине мошонки и чувство тяжести в ней. При осмотре в левой половине мошонки пальпируются расширенные вены гроздевидного сплетения, наполнение их увеличивается при напряжении ребенка. Яички в мошонке.

Вопросы: 1. Ваш диагноз?

2. Какие дополнительные исследования показаны данному пациенту?

3. Лечебная тактика

4. Прогноз и рекомендации

задача 3 У мальчика 4 месяцев родители заметили выбухание в правой паховой области. При осмотре: состояние удовлетворительное, температура тела нормальная. Живот не увеличен, мягкий, безболезненный. В правой паховой области определяется округлое образование размерами 2 х 3 см, эластичной консистенции, легко вправляемое в брюшную полость.

Вопросы: 1. Ваш диагноз?

2. Какие дополнительные исследования показаны данному пациенту?

3. Лечебная тактика

4. Прогноз и рекомендации

задача 4 Во время игры в футбол мальчик 11 лет упал на разогнутую руку и почувствовал резкую боль в области правого локтевого сустава, где возникла выраженная деформация. Ребенок поддерживает травмированную конечность здоровой рукой, движения ограничены.

Вопросы: 1. Предварительный диагноз?

2. Неотложная помощь

3. Какие дополнительные исследования показаны данному пациенту?

4. Лечебная тактика

задача 5 Мальчик 15 лет обратился в травматологический пункт с жалобами на боли в области правой голени. Из анамнеза известно, что травма произошла 3 часа назад, на тренировке по футболу получил удар в область передней поверхности голени. После чего продолжил тренировку, а по окончании – самостоятельно обратился к врачу. При осмотре определяется умеренный отек в области средней трети правой голени. При пальпации - умеренная болезненность в области средней трети голени по мягким тканям. Осевая нагрузка безболезненна. Движения в полном объеме, слабо болезненны. Ходит, слегка прихрамывая. Расстройств иннервации и микроциркуляции нет.

Вопросы: 1. Предварительный диагноз?

2. Какие дополнительные исследования показаны данному пациенту?

3. Лечебная тактика

4. Прогноз и рекомендации

задача 6 В стационар доставлена девочка 10 лет. Из анамнеза известно, что в течение 3 дней жалобы на боли в горле, насморк, повышение температуры тела до 38,5. Получала амбулаторное лечение под наблюдением педиатра по месту жительства. Находилась дома. Накануне поступления появились боли в шее, усиливающиеся при попытках движений в шейном отделе, вынужденное положение головы, боли в ушах. На момент осмотра температура тела 37,2 (за 30 минут до осмотра родители самостоятельно дали девочке «Нурофен»). Голова наклонена вправо и повернута влево, при пальпации мышц шеи по задней и боковым поверхностям определяется болезненность, пальпируются увеличенные подчелюстные лимфоузлы. Слизистого отделяемого из носа на момент осмотра нет. Скопления слюны во рту нет, болезненность при глотании и попытке широко открыть рот.

Вопросы: 1. Предварительный диагноз?

2. Какие дополнительные исследования показаны данному пациенту?

3. Лечебная тактика

4. Прогноз и рекомендации

задача 7 Мальчик, 15 лет, был доставлен в приемное отделение хирургии. На уроке физкультуры получил удар по голове баскетбольным мячом. После удара отмечал кратковременное потемнение в глазах, головокружение. В дальнейшем появились жалобы на тошноту, головную боль, через 20 минут после травмы была однократная рвота. При осмотре в приемном отделении состояние ребенка стабильное. Менингеальной симптоматики нет. При осмотре вялый. Зрачки OD=OS, фотореакция на свет сохранена. Движения глазных яблок не ограничены. Нистагм мелкоразмашистый установочный в крайних отведениях. Лицо симметричное. Очаговой симптоматики нет. Пошатывание в позе Ромберга. При пальпации волосистой части головы болезненность в теменной области.

Вопросы: 1. Предварительный диагноз?

2. Какие дополнительные исследования показаны данному пациенту?

3. Лечебная тактика

4. Прогноз и рекомендации

задача 8 Мальчик, 8 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на боли в животе через 9 часов от начала заболевания. Боли в животе появились сначала в эпигастральной области, затем переместились в правую подвздошную область. Отмечалась однократная рвота, тошнота. Температура тела 37,2°С. При осмотре живот болезненный и напряженных в правой подвздошной области, симптом Щеткина-Блюмберга положительный.

Вопросы: 1. Предварительный диагноз?

2. Какие дополнительные исследования показаны данному пациенту?

3. Лечебная тактика

4. Прогноз и рекомендации

задача 9 Девочка, 6 лет, поступила в приемное с жалобами на боли в животе. Заболела сутки назад, появилась боль внизу живота, однократная рвота, повышение температуры тела до 37,7°С. При поступлении состояние средней тяжести, температура тела 38,0°С. Кожные покровы бледные, сухие, язык обложен белым налетом. ЧСС 100 – 105 в минуту, АД 95/55 мм рт. ст. Живот не увеличен, напряженный и болезненный в нижних отделах, там же определяются симптомы раздражения брюшины. Также при осмотре замечены слизисто-гнойные выделения из половой щели. Клинический анализ крови: гемоглобин 112 г/л, лейкоциты 20,8 х 109 /л, СОЭ 32 мм/ч.

Вопросы: 1. Какой диагноз наиболее вероятен в данном случае?

2. Какие дополнительные исследования показаны данному пациенту?

3. Лечебная тактика

4. Прогноз

задача 10 Мальчик, 11 лет, находится в отделении реанимации и интенсивной терапии. Оперирован 6 суток назад по поводу гангренозно-перфоративного аппендицита, разлитого перитонита, выполнена лапаротомия, аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости. Состояние за время наблюдения с некоторой отрицательной динамикой, сохраняется лихорадка до 38,0 – 38,5°С, ЧСС 120 – 130 в минуту. Сутки назад появилась боль в правом подреберье и нижней части грудной клетки справа, одышка до 30 – 35 в минуту, тошнота, икота. При осмотре живот напряжен, болезненный во всех отделах, больше в правом подреберье, перистальтика ослаблена. При обзорной рентгенографии брюшной полости и грудной клетки определяется высокое стояние правого купола диафрагмы, ниже которой визуализируется округлая тень 4 х 7 см; сниженная воздушность нижней доли правого легкого.

Вопросы: 1. Какое состояние скорее всего развилось в этом случае?

2. Какие дополнительные исследования показаны данному пациенту?

3. Дальнейшая лечебная тактика

4. Чем может осложниться данное состояние?

задача 11 Мальчик, 7 месяцев, доставлен в приемное отделение с жалобами на периодическое беспокойство. Болен в течение 6 часов, когда ребенок внезапно стал беспокойным, была однократная рвота желудочным содержимым. В дальнейшем периоды беспокойства повторялись примерно каждые 30 минут; стула не было. При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела 36,8°С. Кожа чистая, нормальной окраски, ЧСС 100 – 105 в минуту. Живот немного увеличен, мягкий, в правом подреберье определяется цилиндрическая структура, диаметром около 3 см, протяженностью до 10 см, плотно-эластичной консистенции, болезненная при пальпации. При ректальном исследовании на пальце определяется слизь.

Вопросы: 1. Какое состояние скорее всего развилось в этом случае?

2. Какие дополнительные исследования показаны данному пациенту?

3. Лечебная тактика

4. Прогноз и рекомендации

задача 12 Девочка, 3 года, поступила в приемное отделение после ДТП. При осмотре: состояние тяжелое, в сознании, жалобы на боли в животе; ЧСС 100 – 105 в минуту, АД 100/55 мм рт. ст. Живот немного увеличен, мягкий, болезненный в правых отделах, симптомы раздражения брюшины отрицательны. Выполнено УЗИ брюшной полости: определяется разрыв паренхимы печени в области нижней доли по нижнему краю глубиной 20 – 25 мм; в правом латеральной канале и малом тазу определяется жидкость суммарно до 150 мл; другие органы – без патологии. В анализе крови: гемоглобин 102 г/л.

Вопросы: 1. Ваш диагноз?

2. Какие дополнительные исследования показаны данному пациенту?

3. Неотложные мероприятия

4. Дальнейшая тактика ведения пациента

задача 13 Мальчик, 13 лет, доставлен в приемное отделение бригадой СМП после ДТП с жалобами на боль в животе. Во время ДТП находился на переднем сиденье и был пристегнут ремнем безопасности. При осмотре: состояние тяжелое, температура тела 37,8°. Кожные покровы бледные, ЧСС 110 – 115 в минуту, АД 100/55 мм рт. ст. На передней брюшной стенке в околопупочной и левой подвздошной областях ссадины и кровоподтеки. Живот увеличен в размерах, напряжен, резко болезненный во всех отделах, симптомы раздражения брюшины положительны, перкуторно определяется тимпанит. Уровень гемоглобина 108 г/л, лейкоциты 15,7 х 109 /л.

Вопросы: 1. Ваш диагноз?

2. Какие дополнительные исследования показаны данному пациенту?

3. Лечебная тактика

4. Прогноз

задача 14 В приемное отделение доставлен мальчик 5 лет. В день обращения появились жалобы на кровь во время дефекации. Общее состояние ребенка удовлетворительное. Живот мягкий, безболезненный. Стул регулярный. Местно: из заднепроходного отверстия пролабирует округлое образование размерами 1 х 2 см темно-вишневого цвета.

Вопросы: 1. Ваш диагноз?

2. Какие дополнительные исследования показаны данному пациенту?

3. Лечебная тактика

4. Прогноз и рекомендации

задача 15 Девочка, 1 месяц, родилась на 39-й неделе гестации, беременность и роды протекали без особенностей, меконий отошел к концу первых суток жизни, затем был стул желтого цвета. На четвертые сутки жизни развилась физиологическая желтуха, которая к моменту обращения не разрешилась. С 10-х суток родители заметили, что стул стал светлее, а к концу третей недели жизни полностью обесцветился. При осмотре: ребенок нормального телосложения, удовлетворительного питания, выраженная иктеричность кожи и склер, живот немного увеличен в размерах, безболезненный, печень + 2 см от края реберной дуги, селезенка не увеличена, стул светло-серого цвета, моча темная. В анализе крови уровень общего билирубина 315,1 мкмоль/л, прямого билирубина 197,9 мкмоль/л, аланинаминотрансферазы 102,8 Ед/л, аспартатаминотрансферазы 217,1 Ед/л, гамма-глютамилтранспептидазы517 Ед/л.

Вопросы: 1. Предварительный диагноз?

2. Какие дополнительные исследования показаны данному пациенту?

3. Лечебная тактика

4. Прогноз и рекомендации

задача 16 Девочка, 12 лет, обратилась на прием к хирургу в поликлинику с жалобами на болезненное образование в области левого бедра. Заболела 2 дня назад, появилась гиперемия, припухлость, болезненность в области левого бедра. При осмотре: состояние удовлетворительное, температура тела 36,7°С. На внутренней поверхности левого бедра в области верхней трети участок отека, гиперемии размером 2 х 2 см, в центре определяется уплотнение размером 3 х 3 мм, флюктуации нет; пальпация резко болезненна.

Вопросы: 1. Ваш диагноз?

2. Какие дополнительные исследования показаны данному пациенту?

3. Лечебная тактика

4. Прогноз и рекомендации

задача 17 Мальчик, 14 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на боль в области правого предплечья. Месяц упал на деревянный штакетник, получил множественные раны правого предплечья. Одна из ран впоследствии нагноилась, выполнено вскрытие абсцесса, получил курс антибактериальной терапии (Амоксиклав) в течение 5 дней. Однако через неделю вновь возник отек, гиперемия, болезненность. При осмотре: состояние ближе к удовлетворительному, температура тела 37,1°С. В средней трети правого предплечья по латеральной поверхности под кожей отмечается инфильтрат размерами 3 х 4 см, отек, гиперемия, в центре инфильтрата – флюктуация.

Вопросы: 1. Ваш предварительный диагноз

2. Какие дополнительные исследования показаны данному пациенту?

3. Лечебная тактика

4. Прогноз

задача 18 Мальчик, 12 лет, обратился в поликлинику с жалобами на покраснение и боль в области левой голени. Заболел 2 суток назад, когда появилось покраснение в области левой голени, повышение температуры тела до 38,5°С. При осмотре состояние средней тяжести, температура тела 38,3°С. ЧСС 100 – 105 в минуту,

по передней поверхности левой голени в средней и нижней третях отмечается отек гиперемия кожи с четкими краями, болезненность при пальпации, кожа в этом месте на ощупь горячая.

Вопросы: 1. Ваш диагноз?

2. Какие дополнительные исследования показаны данному пациенту?

3. Лечебная тактика

4. Прогноз и рекомендации

задача 19 Девочка, 11 лет, поступила в приемное отделение с жалобами на боли в области правой голени. Заболел сутки назад, появилась боль в области правой голени, резко усиливающаяся при попытке опоры на пораженную конечность, повышение температуры тела до 38,0 – 38,4°С. Боль постоянная. Травму отрицает. При осмотре состояние средней тяжести, температура тела 38,2°С. Правя голень немного отечна, пальпация и перкуссия в области верхней трети правой большеберцовой кости резко болезненна, осевая нагрузка также усиливает боль.

Вопросы: 1. Какой диагноз наиболее вероятен в данном случае?

2. Какие дополнительные исследования показаны данному пациенту?

3. Лечебная тактика

4. Профилактика осложнений

Приложение 3

Перечень

Вопросов (теории) к аттестации (зачет с оценкой), 2 курса ординатуры по направлению **31.08.16 ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ**

1. Какая специфика работы детского хирурга?
2. В чем отличается работа персонала детского хирургического отделения?
3. Какие основные анатомо-физиологические особенности растущего организма?
4. В чем суть взаимоотношениях хирурга, ребёнок, родителей?
5. Основные этапы подготовки ребенка к операции, роль родителей и родственнико?
6. Что главное в сборе анамнеза у родителей?
7. Какая специфика лабораторных исследований в детской хирургии?
8. Какая специфика выполнения оперативных вмешательств у детей?
9. Специфика рентгенологических исследований ребенка с хирургическими заболеваниями?
10. Какая специфика проведения рентгенографии органов брюшной полости у детей различного возраста?
11. Какие показания и противопоказания для проведения рентгенологического исследования с контрастными веществами, виды, методики введения.
12. Какая специфика ультразвукового исследование в детской хирургии. Показания и противопоказания.
13. Специфика проведения компьютерной томографии в детской хирургической практике её преимущества перед другими способами рентген исследованиями
14. Специфика проведения ядерно-магнитно-резонанса в детской хирургии. Особенности проведения. Показания и противопоказания для проведения исследований.
15. Специфика эндоскопические методы исследования в детской хирургии.
16. Специфика проведения эндоскопических исследований у детей разного возраста.
17. Какие показания и противопоказания для проведения эндоскопических исследований у детей хирургического профиля.
18. Какие знаете малоинвазивные технологии в детской хирургии. Операции под контролем УЗИ.
19. Какие малоинвазивные технологии в детской хирургии знаете. Операции с миниразрезом и под контролем артроскопа и другие.
20. В чем состоит подготовка больного ребенка к мини инвазивным хирургическим вмешательствам.
21. Организация амбулаторной хирургической помощи. Основные нормативные акты, регламентирующие оказание хирургической помощи детскому населению.
22. Организация стационарной хирургической помощи.
23. Хирургический стационар дневного пребывания. Основные нормативные акты, регламентирующие оказание хирургической помощи детскому населению.
24. Шок у детей. Классификация. Патогенез развития.
25. Шок у детей. Диагностика и лечение.
26. Непроходимость дыхательных путей у детей. Виды дыхательной недостаточности. Этиология. Патогенез. Диагностика.
27. Кровотечение у детей. Классификация. Оказание первой помощи на до госпитальном этапе.
28. Методы остановки кровотечения у детей на догоспитальном этапе.
29. Виды повязок для временной остановки кровотечения.
30. Специфика наложения жгута у ребенка различного возраста.
31. Анафилактический шок. Клиническая картина. Основные причины возникновения анафилактического шока.
32. Оказание первой помощи при анафилактическом шоке.
33. Острая сердечно сосудистая недостаточность у ребенка. Классификация патологии.
34. Сердечно – легочная реанимация у детей разных возрастов.
35. Дисфагия у детей с хирургической патологией. Основные причины. Методы исследования. Хирургическая тактика.
36. Синдром срыгивания и рвоты у детей. Причины. Диагностика.
37. Синдром внутри плеврального напряжения. Основные причины. Диагностика.
38. Методы хирургического лечения синдрома внутри плеврального напряжения.
39. Тампонада сердца у детей. Причины. Диагностика. Методы хирургического лечения.
40. Острый живот у детей, методы диагностики и лечения.
41. Острый аппендицит. Эпидемиология. Анатомо-физиологические особенности.
42. Острый аппендицит. Этиология. Патогенез.
43. Острый аппендицит. Классификация. Клинические проявления.
44. Острый аппендицит. Диагностика. Лечение.
45. Острый аппендицит. Реабилитация и ведения на амбулаторном этапе.
46. Перитонит у детей. Основные причины его возникновения, классификация, способы лечения.
47. Аппендикулярный перитонит у детей, его специфика, диагностика и способы лечения.

48. Верхняя непроходимость ЖКТ. Эпидемиология. Анатомо-физиологические особенности.
49. Верхняя непроходимость ЖКТ. Этиология. Патогенез.
50. Верхняя непроходимость ЖКТ. Классификация. Клинические проявления.
51. Верхняя непроходимость ЖКТ. Диагностика. Лечение.
52. Врождённый пилоростеноз. Патогенез. Клиническая картина.
53. Врождённый пилоростеноз. Отличие от пилороспазма. Клинические проявления.
54. Врождённый пилоростеноз. Диагностика. Сроки и особенности хирургического лечения.
55. Инвагинация кишечника у детей. Этиология. Патогенез.
56. Инвагинация кишечника у детей. Клинические проявления. Диагностика.
57. Инвагинация кишечника у детей. Методы консервативного лечения и послеоперационное ведение.
58. Инвагинация кишечника у детей. Методы оперативного лечения и послеоперационное ведение.
59. Синдром Леда, первые признаки, диагностика и способы лечения.
60. Дефекты передней брюшной стенки клиника диагностика и способы лечения.
61. Пупочные грыжи, клиника диагностика и способы лечения у детей.
62. Грыжи паховой области клиника, диагностика и способы лечения у детей.
63. Пороки развития пищевода, клиническая картина, способы диагностики и лечения.
64. Диафрагмальные грыжи у детей, клиническая картина, диагностика и способы лечения.
65. Пороки развития толстого кишечника, клиническая картина, диагностика. Способы лечения.
66. Болезни Гиршпрунга её формы, классификация и способы лечения.
67. Эпифизарный остеомиелит у детей, классификация, способы лечения.
68. Хронический остеомиелит у детей, классификация, способы лечения.
69. Гнойно-септические заболевания мягких тканей у детей, клиническая картина разных проявлений, способы лечения.
70. Некротическая флегмона новорожденного, этиологические факторы, клинические проявления, способы лечения.
71. Стафилококковая деструкция легких у детей, клиническая картина, способы лечения.
72. Эмпиема плевры, причины, диагностика и способы лечения.
73. Пороки развития желточного протока, клиническая картина и способы лечения.
74. Спаечная непроходимость у детей, клиническая картина, способы диагностики и лечения.
75. Динамическая непроходимость кишечника, основные причины её возникновения, клиническая картина, способы лечения.

ПАТОЛОГИЯ

1. Основные понятия нозологии. Болезнь как нарушение гомеостаза.
2. Номенклатура и классификация болезней.
3. Общая этиология. Общий патогенез. Причинно-следственные взаимоотношения в патогенезе.
4. Венозная гиперемия. Причины, механизмы, последствия.
5. ДВС - синдром. Стадии. Патогенез.
6. Экссудация. Механизмы развития. Значение.
7. Фагоцитоз при воспалении. Причины эмиграции лейкоцитов в очаг воспаления. Механизмы фагоцитарной деятельности лейкоцитов.
8. Понятие об иммунном гомеостазе, механизмы гуморального и клеточного иммунитета.
9. Опухоли. Определение сущности опухолевого роста. Этиология опухолей. Современные теории опухолевого роста. Современная классификация опухолей. Принципы ее построения. Вторичные изменения в опухолях.
10. Доброкачественные, злокачественные и опухоли с местным деструирующим ростом. Критерии злокачественности. Понятие о рецидиве.

ПЕДАГОГИКА

1. Определите место педагогики в системе современного человекознания.
2. Назовите способы структурирования содержания образования и проиллюстрируйте их на примере.
3. Дайте характеристику законодательным актам в сфере образования.
4. Какие документы составляют нормативную основу образования?
5. Что означает понятие «обучение»? Как ваше собственное понимание этого понятия соотносится с его научной трактовкой?
6. В чем обнаруживается сходство и различие процессов обучения и лечения как древнейших видов гуманитарной практики?
7. Какие типы и виды обучения оптимальны на доклиническом и клиническом этапах медицинского образования?
8. В чем суть поэтапного формирования знаний и умений? Пояснить на примерах.
9. Какие требования к выбору форм организации познавательной деятельности обучаемых на учебном занятии существуют в дидактике?
10. Что лежит в основе классификации форм организации познавательной деятельности? Как связаны между собой формы организации познавательной деятельности и цели обучения?
11. От чего зависит выбор форм организации познавательной деятельности к конкретному занятию?
12. Какие формы обучения наиболее рационально использовать на разных этапах обучения в медицинском вузе и при обучении разных категорий обучаемых (медицинский персонал, пациенты, их родственники)?

Инфекционные болезни, в том числе туберкулез

1. Этиология, патогенез, патоморфология и эпидемиология туберкулеза. Классификация туберкулеза и методы обследования больных туберкулезом.
2. Основные клинические симптомы и синдромы легочного и внелегочного туберкулеза. Инструментальные и лабораторные методы диагностики туберкулеза.
3. Понятие об остропрогрессирующих формах туберкулеза. Особенности течения туберкулеза в современных условиях. Туберкулез и ВИЧ-инфекция.
4. Осложнения легочного и внелегочного туберкулеза. Диагностика и дифференциальная диагностика. Неотложные мероприятия при легочном кровотечении, спонтанном пневмотораксе, инфекционно-токсическом шоке.
5. Хирургические методы лечения легочного и внелегочного туберкулеза.

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. Медицинское право, как отрасль права.

2. Источники медицинского права.
3. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья.
4. Права и обязанности медицинских работников.
5. Понятие и виды медико-социальной помощи.
6. Особенности медицинской услуги
7. Особенности регулирования труда медицинских работников
8. Правонарушение и юридическая ответственность
9. Гражданско-правовая ответственность субъектов предоставления и оказания медико-социальной помощи.
10. Дисциплинарная ответственность медицинских работников.
11. Административная ответственность должностных лиц.
12. Уголовная ответственность медицинских работников.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

1. Дайте определение науки «Общественное здоровье и здравоохранение». Задачи общественного здоровья и здравоохранения. Объект изучения общественного здоровья и здравоохранения.
2. Какие методы используют при изучении общественного здоровья и здравоохранения?
3. Назовите главные критерии оценки эффективности системы здравоохранения.
4. Назовите базовые функции системы здравоохранения.
5. Дайте определения фактора риска. Перечислите факторы риска и кратко охарактеризуйте.
6. Дайте определение медицинской демографии и перечислите ее основные разделы.

7. Перечислите известные Вам исторически сложившиеся на этапах развития названия предмета Общественное здоровье и здравоохранение. С чем связано существование большого числа названий предмета?

8. Воспроизводство населения (естественное движение населения).
Общие и специальные показатели, методика расчета, анализ и оценка
9.Миграция населения: внешняя, внутренняя (урбанизация,
сезонная). Факторы, ее определяющие. Влияние миграции на здоровье населения
10. Естественный прирост населения, факторы на него влияющие.
Противоестественная убыль населения.
11. Дайте определения “заболеваемость”, распространенность болезней”,
патологическая пораженность”
12.От чего зависит полнота учета заболеваемости?

Министерство здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики
Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Медицинский факультет
Центр медицинского послевузовского образования

УТВЕРЖДАЮ
Министр здравоохранения ПМР
_____К.В.Албул
«_4_» ___01_____2024 г.

СОГЛАСОВАНО
Ученым советом факультета
протокол № _5_
от «_29_» ___12___2023г.
Председатель
Ученого совета факультета
_____Г.Н.Самко

ПРОГРАММА
ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ

образовательной программы послевузовского профессионального образования- программы ординатуры

Специальность **31.08.35 ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ**

Квалификация выпускника: врач – инфекционист
Трудоемкость: 108 часов-3з.е.
Сроки проведения: 24.06.24 - 6.07.24

Тирасполь, 2023

Программа итоговой государственной аттестации образовательной программы высшего образования- программы ординатуры по специальности 31.08.35 Инфекционные болезни разработана в соответствии с Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.35 Инфекционные болезни (утвержденным Приказом Министерства Просвещения Приднестровской Молдавской Республики № 669 от 28.07.2021г. «Об утверждении и введении в действие Государственного образовательного стандарта послевузовского профессионального образования - ординатуры)

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании кафедры Терапии с циклом фтизиатрии протокол №4 от «28» ноября 2023 г.
Заведующий кафедрой Терапии с циклом фтизиатрии _____ Лосева Н.Г.

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УМК факультета

«12» 12 2023 г. (протокол № 4)

Председатель УМК _____ (А.В. Васильчук)

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УС факультета.

«29» 12 2023г. (протокол № 5)

Председатель УС _____ (Г.Н. Самко)

Программу составила ассистент _____ Теишану М.П.

Содержание

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.
2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры
3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации.
4. Форма и структура итоговой государственной аттестации.
4.1 Форма итоговой государственной аттестации.
4.2 Трудоёмкость итоговой государственной аттестации.
4.3 Структура итоговой государственной аттестации.
5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.
6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации.
6.1 Критерии оценки результатов тестирования
6.2 Критерии оценки практических навыков и умений.
6.3 Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.
7. Содержание государственного экзамена.
7.1 Тестирование
7.2 Практические навыки.
7.3. Устное собеседование
8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

Приложения

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.

Цель - определение соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры требованиям Государственному образовательному стандарту послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.35 «Инфекционные болезни».

Задачи:

— установление уровня подготовки выпускника к выполнению профессиональных задач (оценка степени сформированности всех компетенций, предусмотренных Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.35 «Инфекционные болезни», характеризующих готовность выпускников к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации - врач - инфекционист).

— принятие решения о выдаче обучающемуся, успешно прошедшему итоговую государственную аттестацию по программе ординатуры, диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации.

2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры

Итоговая государственная аттестация относится к базовой части программы - Блок 3. итоговая государственная аттестация и завершает процесс освоения имеющих государственную аккредитацию образовательных программ ординатуры.

Итоговая государственная аттестация образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.35 «Инфекционные болезни» завершается присвоением квалификации " врач - инфекционист".

3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путём обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- физические лица женского пола (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку готовности выпускников, освоивших программу ординатуры, к следующим видам профессиональной деятельности:

— профилактическая;
— диагностическая;
— лечебная;
— реабилитационная;
— психолого-педагогическая;
— организационно-управленческая.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

а) готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу - УК1;

б) готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия - УК2;

в) готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование - УК3.

Профессиональные компетенции (ПК):

а) профилактическая деятельность:

1) готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания - ПК1;

2) готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными - ПК2;

3) готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях - ПК3;

4) готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медикостатистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков - ПК4;

б) диагностическая деятельность - готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - ПК5;

в) лечебная деятельность:

1) готовностью к ведению, и лечению пациентов с инфекционными заболеваниями - ПК6;

2) готовностью к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации - ПК7;

в) реабилитационная деятельность - готовностью к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении - ПК8;

г) психолого-педагогическая деятельность - готовностью к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих - ПК9;

д) организационно-управленческая деятельность:

1) готовностью к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях - ПК10;

2) готовностью к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей - ПК11.

4.Форма и структура итоговой государственной аттестации

4.1.Форма итоговой государственной аттестации

Итоговая государственная аттестация обучающихся по образовательной программе ординатуры 31.08.35 «Инфекционные болезни» проводится в форме государственного экзамена.

4.2.Трудоёмкость итоговой государственной аттестации

Объем итоговой государственной аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) - сдачу государственного экзамена.

4.3.Структура итоговой государственной аттестации

В Блок 3 " Итоговая Государственная аттестация" входят подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена. Перед государственным экзаменом по специальности для ординаторов проводятся предэкзаменационные консультации по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в три этапа:

1 этап - тестирование, проводится для получения сертификата специалиста, имеет целью определить готовность специалиста к самостоятельной профессиональной (медицинской) деятельности (согласно Приказу Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 31.05.2022г №477 «Об утверждении Порядка приема граждан на обучение по образовательным программам послевузовского профессионального образования – программам ординатуры, а также Порядка реализации образовательных программ послевузовского профессионального образования – программ ординатуры» (регистрационный № 11145 от 15 июля 2022 года) (САЗ 22-27)). Во время тестирования обучающийся выбирает правильный(е) ответ(ы) из предложенных нескольких вариантов ответов. Каждый обучающийся отвечает на 100 тестовых вопросов, на решение которых отводится 120 минут(2 астрономических часа).

2 этап - оценка практических навыков и умений - состоит из демонстрации практических навыков и умений, приобретенных в результате освоения программы ординатуры.

3 этап – устный экзамен по дисциплине Инфекционные болезни с целью определения сформированности профессиональных компетенций выпускника, профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения. Каждый билет состоит из пяти теоретических вопросов, в процессе проведения государственного экзамена обучающемуся могут быть заданы уточняющие или дополнительные вопросы в рамках билета. На подготовку к ИГА ординатору выделяется 2 недели. После выбора билета ординатор готовится к ответу 30 минут, отвечает согласно регламенту 20 минут. По решению комиссии обучающийся может быть освобожден от необходимости полного ответа на вопрос билета, уточняющий или дополнительный вопрос.

Этапы государственного экзамена	Компетенции, которые оцениваются в ходе этапа
1 этап - в форме тестирование	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7 ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11.
2 этап - оценка практических навыков и умений	
3 этап – устный экзамен по дисциплине	

5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.

Проведение ИГА определяется календарным учебным графиком, выполнением индивидуального плана ординатора и расписанием ИГА.

Перед итоговой государственной аттестацией обучающиеся должны ознакомиться с программой ИГА. Подготовка к государственному экзамену может проводиться в формах, как устного повторения пройденных дисциплин (с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д.), так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для

подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.

6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации. Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

6.1. **Критерии оценки результатов тестирования**

Подведение **итогов 1 этапа в форме тестирования. Результат решения тестов оценивается по ятибалльной системе:**

- 49% и менее правильных ответов - «неудовлетворительно»;
- 50% - 70% - «удовлетворительно»;
- 71% - 84% - «хорошо»;
- 85% - 100% - «отлично».

6.2. Критерии оценки практических навыков и умений

Результаты 2 этапа определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол ИГА. Обучающиеся, получившие оценку «неудовлетворительно» к 3 этапу государственного экзамена не допускается, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений;

- «хорошо» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет;

- «удовлетворительно» - обучающийся обладает удовлетворительными теоретическими знаниями - знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний - не знает методики выполнения, практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и т.д.; и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

6.3. Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.

Результаты 3 этапа государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «хорошо» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «удовлетворительно» - обучающийся показывает частичное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, ориентирован в заболевании, но не

может поставить диагноз с учетом принятой классификации. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций, демонстрируя поверхностное знание предмета;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не показывает освоение планируемых результатов обучения по пройденным темам, не может сформулировать диагноз или неправильно его ставит. Не может правильно ответить на большинство дополнительных вопросов, характеризующих уровень освоения необходимых компетенций.

7. Содержание государственного экзамена

7.1.Тестировние: Приложение 1
7.2.Практические навыки: Прилодение 2
7.3 Устное собеседование Приложение 3

8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

Основная литература:

1. Атлас инфекционных болезней: учебное пособие для мед. Вузов /подред .В.И.Лучшева , С.Н.Жарова, В.В.Никифорова.– М
2. .: ГЭОТАР-Медиа,2014. – 192с.
3. Инфекционные болезни :национальное руководство +CD/ Подред. Н.Д.Ющука ,Ю.Я.Венгерова.2015. -1056с.
4. Инфекционные болезни : учебник / [Аликеева Г. К. и др.] ; Под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я.Венгерова.-2-еизд.,перераб. и доп. -М.: ГЭОТАР-Медиа,2013.-704с. :ил.
5. Медицинская паразитология и паразитарные болезни: учебное пособие/подред.А.Б.Ходжаян,С.С.Козлова,М.В.Голубевой.-М. :ГЭОТАР-Медиа,2014.-448с.:ил.
6. Нечаев В.В.Социально-значимые инфекции : (в 2-х ч.) / В. В. Нечаев, А. К. Иванов, А. М.Пантелеев ; Санкт-Петербург. гос. мед. акад. им. И. И. Мечникова. - СПб. : Береста, 2011.Ч.1:Моноинфекции:туберкулез, ВИЧ-инфекция и вирусные гепатиты.-438 с.

6. Нечаев В.В.Социально-значимые инфекции: (в 2-х ч.) / В. В. Нечаев, А. К. Иванов, А. М.Пантелеев;Санкт-Петербург.гос.мед.акад.им.И.И.Мечникова.-СПб.:Береста,2011.
- ISBN978-5-905225-10-9.Ч.2: Микст-инфекции.-311с.

7. Учайкин В.Ф. Инфекционная гепатология : руководство для врачей / В. Ф. Учайкин, Т. В.Чередниченко, А.В.Смирнов.-М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.-607 с.

8. Приказы МЗ ПМР:
- Приказ 509 МЗ и СЗ ПМР от 05.07.07г. « О мерах по усилению профилактики и борьбы с холерой».
- СанПиН МЗ и СЗ ПМР 3.1.2.1108-06 «Профилактика дифтерий».
- Закон ПМР «Об охране здоровья граждан» от 24.11.06г.
- СанПиН МЗ и СЗ ПМР 3.1.2.1319-06 «Санитарно – эпидемиологические правила по профилактике гриппа».
- Приказ №547 МЗ и СЗ ПМР от 12.11.09 «О неотложных противоэпидемических мероприятиях по высоко патогенному гриппу А(H1N1) ».
- СанПиН МЗ и СЗ ПМР 3.2.1321 -07г. «Профилактика менингококковой инфекций ».
- Приказ №326 МЗ и СЗ ПМР от 04.06.2007 «Профилактика вирусных гепатитов. Общее требования к противоэпидемическому надзору за вирусными гепатитами».

- Территориальная городская целевая программа «Профилактика ВИЧ/СПИД инфекций и болезней передающихся половым путем (ППП) на 2011-2012г. »
- Приказ №426 МЗ и СЗ ПМР от 11.08.2009г. «Об утверждений СанПиН МЗ и СЗ ПМР 3.11.2341-09г.Профилактика вирусного гепатита В».
- СанПиН МЗ и СЗ ПМР «Общее требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней».
- Приказ МЗ и СЗ ПМР от 06.04.2010 «Об утверждений протокола по уходу и лечению ВИЧ инфекций в ПМР».
- СанПиН МЗ и СЗ ПМР 3.1.1.1117-07« Профилактика острых кишечных инфекций»
- Приказ №548 МЗ и СЗ ПМР от 12.11.2009г. «О введении в действие СанПиН МЗ и СЗ ПМР 3.1.089 -09г. «Профилактика и борьба с заразными болезнями, общими для человека и животных . Сибирская язва ».
- Приказ №554 МЗ и СЗ ПМР от 17.11.2009г. «О введении в действие СанПиН МЗ и СЗ ПМР 3.1.7.085 -09г. «Профилактика и борьба с заразными болезнями, общими для человека и животных . Бруцеллез ».
- Приказ № 560 МЗ и СЗ ПМР от 18.11.2009г. «О введении в действие СанПиН МЗ и СЗ ПМР 3.1.091 -09г. «Профилактика и борьба с заразными болезнями, общими для человека и животных . Лептоспироз ».
- Приказ № 677 МЗ и СЗ ПМР от 26.11.2007г. «О введении в действие СанПиН МЗ и СЗ ПМР 3.1.091 -09г. «Профилактика и борьба с заразными болезнями, общими для человека и животных . Бешенство »
- СанПиН МЗ и СЗ ПМР 3.1.2825-12 «Профилактика вирусного гепатита А», утвержденные Приказом МЗ и СЗ ПМР от 09 ноября 2012г. г. № 596; (САЗ 12-49)
- Методические указания МУ МЗ ПМР 3.1.2837-13 «Эпидемиологический надзор за вирусным гепатитом А», утвержденные Приказом МЗ и СЗ ПМР от 27.декабря 2013г. г. № 689; (САЗ 14 - 06)
- СанПиН МЗ и СЗ ПМР 3.1.1.2341-09 "Профилактика вирусного гепатита В" (САЗ 09-40);
- Методические указания МУ МЗ ПМР 3.1.2792-13 «МУ Эпидемиологический контроль за вирусным гепатитом В», утвержденные Приказом МЗ и СЗ ПМР от 16 июля 2013г. г. № 307 (САЗ 13-31)
- СанПиН МЗ и СЗ ПМР 3.1.1.3112-15 "Профилактика вирусного гепатита С" утвержденный Приказом МЗ и СЗ ПМР от 03 апреля 2015г. г. № 230 Зарегистрирован Министерством юстиции Приднестровской Молдавской Республики 6 мая 2015 г. Регистрационный № 7100 (САЗ 15 - 19)
- Приказ МЗ ПМР от 17.09.20.г, № 776 « Об утверждении временных клинических рекомендаций по порядку оказания медицинской помощи пациентам, заболевшим коронавирусной инфекцией COVID 19 и инфекционными заболеваниями (грипп, ОРВИ и другие)».
- Приказ МЗ ПМР от 18.11.20г № 992 « Об утверждения Временного порядка проведения тестирования для определения антигена к коронавирусной инфекцией, вызванной новым типом вируса COVID-19»

Дополнительная литература:

1. *Исаков* В.А., Архипова Е.И., *Исаков* Д.В. Герпесвирусные инфекции человека.- СПБ,СпецЛит,2013.– 670 с.
2. Вирусные гепатиты : клиника, диагностика, лечение / Н. Д. Ющук, Е. А. Климова, О. О.Знойко, Г. Н. Кареткина, С. Л. Максимов, И. В. Маев. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 160 с.(Библиотекаврача-специалиста)
3. Бронштейн А. М Тропические болезни и медицина болезней путешественников. –М.:ГЭОТАР-Медиа,2014.
4. Вирусные гепатиты в схемах, таблицах и рисунках : руководство / Б. А. Герасун, Р. Ю.Грицко,А.Б. Герасун[и др.].-Львов: Кварт, 2012. -118

5. Инфекционнаягепатология:руководстводляврачей/В.Ф.Учайкин,Т. В.Чередниченко,А.В.Смирнов.-М.: ГЭОТАР-Медиа,2014.-607 с.
6. Клещевые нейроинфекции : научное издание / А. Л. Бондаренко, О. Н. Любезнова, Е. Л.Контякова.-Киров :[б.и.], 2013.-251 с. : ил.,табл.
7. Специализированные противоэпидемические бригады (СПЭБ): эволюция научной концепции и практического применения / Г. Г. Онищенко [и др.] ; под ред. Г. Г. Онищенко, В. В.Кутырева ; Федер. служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучиячеловека,Рос.науч.-исслед.противочум.ин-т«Микроб».-Саратов:Буква,2014.-571с.
8. Стратегия и тактика применения антимикробных средств в лечебных учрежденияхРоссии: Российские национальные рекомендации: методические рекомендации / М. М.Абакумов[и др.].-М.:[б. и.], 2012. – 92 с.
9. Эпидемиология и совершенствование эпидемиологического надзора и контроля внутрибольничных инфекций путем оптимизации дезинфекционных мероприятий :научное издание/В.В. Мефодьев[идр.].-Тюмень:ООО «Печатник», 2012. –127с.

Приложение 1

1\ ВОЗБУДИТЕЛИ БРЮШНОГО И ПАРАТИФОВ А И В ОТНОСЯТСЯ К РОДУ
1) шигелл
2) сальмонелл
3) эшерихий
4) клебсиелл
5) энтеробактер

2\ ИСТОЧНИК ИНФЕКЦИИ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ
1) крупный или мелкий рогатый скот
2) грызуны
3) человек
4) дикие плотоядные животные

3\ ТОКСИНЫ, ПРОДУЦИРУЕМЫЕ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ БРЮШНОГО ТИФА И ПАРАТИФОВ А И В ОТНОСЯТСЯ К
1) экзотоксинам
2) эндотоксинам
3) экзо- и эндотоксинам

4\ СИСТЕМА, ПОРАЖЕНИЕ КОТОРОЙ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ БРЮШНОГО ТИФА И ПАРАТИФОВ А И В
1) дыхательная
2) сердечно-сосудистая
3) пищеварительная
4) лимфатическая
5) нервная

5\ К группам риска тяжелого течения ОРИ в том числе гриппа и COVID-19 у взрослых относятся:
1. лица с нарушениями обмена веществ; 2. беременные на любом сроке беременности и в послеродовый период; 3. лица с хроническими заболеваниями легких и сердечно-сосудистой системы. 4. все перечисленные+

6\ СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ БРЮШНОГО ТИФА, ПАРАТИФОВ А И В
1) кишечная непроходимость
2) перфорация тонкого кишечника
3) легочное кровотечение
4) стволовой энцефалит
5) полирадикулоневрит

7\. Кортикостероиды, которые используются для лечения пациентов с тяжелым течением COVID-19
1. могут продлевать репликацию вируса гриппа и увеличить риски неблагоприятных исходов при коинфекции вирусом гриппа; 2. могут продлевать репликацию вируса гриппа, не вызывая значительных рисков неблагоприятных исходов при коинфекции вирусом гриппа; 3. противопоказаны всем пациентам при коинфекции вирусом гриппа.

8\ ЭКЗАНТЕМА ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ
1) уртикарная
2) петехиальная
3) розеолезная
4) эритематозная
5) везикулезная

9\ МАТЕРИАЛ ДЛЯ РАННЕГО И ДОСТОВЕРНОГО БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА БРЮШНОГО ТИФА, ПАРАТИФОВ А И В
1) кровь
2) моча
3) испражнения
4) мокрота
5) носоглоточная слизь

10\ МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧИ ПРИ ДИЗЕНТЕРИИ
1) контактный
2) аэрогенный
3) фекально-оральный

4) трансмиссивный

11\ ТИПИЧНЫЙ ОЧАГ РАЗМНОЖЕНИЯ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ДИЗЕНТЕРИИ В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА
1) лимфатические образования тонкого кишечника
2) слизистая оболочка толстого кишечника
3) паренхиматозные органы
4) кровь
5) мезентериальные лимфатические узлы

12\ НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ ДИЗЕНТЕРИИ ВЫЗЫВАЮТ ШИГЕЛЛЫ
1) sonnei
2) flexneri 2a
3) boydii 6
4) dysenteriae 1

13\ ОТДЕЛЫ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, НАИБОЛЕЕ ПОРАЖАЕМЫЕ ПРИ ДИЗЕНТЕРИИ
1) желудок
2) 12-перстная кишка
3) тонкая кишка
4) слепая кишка
5) сигмовидная и прямая кишки

14\ ИММУНИТЕТ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ДИЗЕНТЕРИИ
1) антибактериальный стойкий
2) антибактериальный непродолжительный
3) антитоксический стойкий
4) антитоксический непродолжительный

15\ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ДИЗЕНТЕРИИ
1) левомицетин (хлорамфеникол)
2) фуразолидон
3) метронидазол
4) ципрофлоксацин (цифран, циплокс)
5) бисептол

16\ ВЕДУЩИЙ МЕТОД ТЕРАПИИ СРЕДНЕТЯЖЕЛЫХ И ЛЕГКИХ ФОРМ ДИЗЕНТЕРИИ
1) этиотропная
2) патогенетическая
3) симптоматическая
4) десенсибилизирующая

17 ОСНОВНОЙ МЕТОД СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДИЗЕНТЕРИИ
1) аллергологический
2) биологический
3) бактериологический
4) клинический
5) серологический

18\ КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ДИЗЕНТЕРИИ
1) неукротимая рвота
2) увеличение печени
3) жидкий стул со слизью (и кровью)
4) боли в верхних отделах живота опоясывающего характера

19\ МАТЕРИАЛ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЕ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА
1) кровь
2) испражнения
3) моча
4) желчь

20\ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ ФОРМ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОВ
1) многократная рвота
2) генерализованная лимфаденопатия
3) экзантема эритематозного характера
4) высокая и продолжительная лихорадка

21\ МАТЕРИАЛ ДЛЯ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЕ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА
1) кровь
2) испражнения
3) моча
4) желчь

22\ ОСНОВНОЙ МЕТОД ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМИ ФОРМАМИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА

1) диетотерапия
2) этиотропная
3) регидратационная
4) иммуномодулирующая

23\ ЗАБОЛЕВАНИЯ, С КОТОРЫМИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ГАСТРОЭНТЕРИТИЧЕСКУЮ ФОРМУ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ

1) амебиаз кишечника
2) псевдотуберкулез
3) пищевые токсикоинфекции
4) брюшной тиф и паратифы

24\ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ХОЛЕРЕ (В ДНЯХ)

1. 1-5
2. 7-14
3. 10-21

25\ ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ БОЛЬНЫХ ХОЛЕРОЙ

1) инфекционно-токсический шок
2) гиповолемический шок
3) острая почечная недостаточность
4) отек и набухание головного мозга

26\ ИСПРАЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХОЛЕРОЙ

1) содержат слизь
2) содержат кровь
3) содержат слизь и кровь
4) не содержат слизи и крови

27\ ТОКСИНЫ ХОЛЕРНОГО ВИБРИОНА ЯВЛЯЮТСЯ

1) эндотоксинами
2) экзотоксинами
3) экзо- и эндотоксинами

28\ ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ДИАРЕИ У БОЛЬНЫХ ХОЛЕРОЙ

1) повышенная проницаемость сосудов кишечника
2) усиленная перистальтика кишечника
3) повышенное осмотическое давление в просвете кишечника (мальабсорбция)
4) нарушение функционирования ферментных систем кишечника (аденилатциклаза-цАМФ)

29\ СТУЛ ПРИ РОТАВИРУСНОЙ ДИАРЕЕ

1) слизисто-кровянистый
2) водянистый, обильный, типа "рисового отвара"
3) пенистый, желтоватого цвета
4) водянистый, с "зеленью"

30\ ОСЛОЖНЕНИЕ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЕ ДЛЯ АБДОМИНАЛЬНОЙ ФОРМЫ КИШЕЧНОГО ИЕРСИНИОЗА

1) аппендицит
2) пиелонефрит
3) менингит
4) миокардит

31\ ОСЛОЖНЕНИЕ, ХАРАКТЕРНОЕ ДЛЯ ПИЩЕВЫХ ТОКСИКОИНФЕКЦИЙ

1) инфекционно-токсический шок
2) гиповолемический шок
3) отек и набухание головного мозга
4) пневмония

32\ ОБЪЕМ ЖИДКОСТИ ДЛЯ РЕГИДРАТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПИЩЕВЫХ ТОКСИКОИНФЕКЦИЯХ, ХОЛЕРЕ, ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ ФОРМАХ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОВ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

1) выраженностью интоксикации
2) выраженностью и продолжительностью лихорадки
3) степенью дегидратации
4) частотой дефекаций

33\ ВЕДУЩИЙ ФАКТОР ПАТОГЕНЕЗА БОТУЛИЗМА

1) токсинемия
2) бактериемия
3) бактериемия и токсинемия

34\ СИСТЕМА, ИЗБИРАТЕЛЬНО ПОРАЖАЕМАЯ ПРИ БОТУЛИЗМЕ
1) сердечно-сосудистая
2) пищеварительная
3) нервная
4) дыхательная
35\ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ, НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫЕ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА "БОТУЛИЗМ"
1) сухость слизистых
2) тошнота, ощущение тяжести в эпигастрии
3) дискомфорт в животе, диарея
4) бульбарные расстройства (нарушение зрения, глотания и т.п.)
5) повышение температуры тела, тахикардия
36\ У БОЛЬНОЙ В., НА ПРОТЯЖЕНИИ 6 МЕС ПЕРИОДИЧЕСКИ ОТМЕЧАЛИСЬ БОЛИ ВНИЗУ ЖИВОТА, ЖЕЛЕОБРАЗНЫЙ ЖИДКИЙ СТУЛ (СЛИЗИСТО-КРОВЯНИСТЫЙ) КАЛОВОГО ХАРАКТЕРА ДО 4-6 РАЗ В СУТКИ. НАКАНУНЕ СОСТОЯНИЕ РЕЗКО УХУДШИЛОСЬ, ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА ПОВЫСИЛАСЬ ДО 39,5С, ПОЯВИЛИСЬ РЕЗКИЕ БОЛИ В ПРАВОЙ ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ,
ПРИ ДЫХАНИИ СТАЛА ЩАДИТЬ ПРАВУЮ ПОЛОВИНУ ЖИВОТА. УХУДШЕНИЕ СОСТОЯНИЯ СВЯЗАНО С
1) обострением кишечного амебиаза
2) амебным гепатитом
3) амебным абсцессом печени
4) амебным периколитом
37\ ВИД БРУЦЕЛЛ, НАИБОЛЕЕ ПАТОГЕННЫЙ ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА
1) bovis
2) suis
3) melitensis
4) ovis
5) canis
6) neotomae
38\ СИБИРЕЯЗВЕННЫЙ КАРБУНКУЛ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
1) выраженной отечностью тканей и резкой болезненностью
2) выраженной отечностью и безболезненностью тканей
3) отсутствием отека тканей и резкой болезненностью
4) отсутствием отека тканей и безболезненностью
39\ СИСТЕМЫ, ПОРАЖЕНИЕ КОТОРЫХ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ЛЕПТОСПИРОЗА
1) мочевыделительная и сердечно-сосудистая
2) сердечно-сосудистая и дыхательная
3) дыхательная и пищеварительная
4) пищеварительная и мочевыделительная
40\ ВЕДУЩИЙ МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ СЫПИ ПРИ ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗЕ
1) занос возбудителей в лимфатические сосуды дермы с развитием воспалительных изменений
2) токсико-аллергическое поражение сосудистых стенок
3) генерализованный деструктивно-пролиферативный тромбоваскулит
4) оседание иммунных комплексов в капиллярах кожи
41\ КЛИНИЧЕСКУЮ ФОРМУ ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗА, ПРОТЕКАЮЩУЮ С ЭКЗАНТЕМОЙ,ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИХОДИТСЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С
1) корью
2) ветряной оспой
3) краснухой
4) скарлатиной
42\ ОСНОВНОЙ ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ ДЛЯ БУБОННОЙ ФОРМЫ ЧУМЫ
1) трансмиссивный
2) алиментарный
3) воздушно-капельный
4) контактный
43\ ЛИМФОУЗЛЫ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕМЫЕ ПРИ БУБОННОЙ ФОРМЕ ЧУМЫ
1) шейные
2) паховые
3) кубитальные
4) мезентериальные
44\ ПРИ ОСМОТРЕ БОЛЬНОГО ВРАЧ ЗАПОДОЗРИЛ ЧУМУ, ПОСЛЕ ЧЕГО ОН ДОЛЖЕН ПОСТАВИТЬ В ИЗВЕСТНОСТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ

1) городской центр госсанэпиднадзора
2) районный центр госсанэпиднадзора
3) руководителя своего лечебного учреждения

44\ МАЛЯРИЙНАЯ КОМА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ МАЛЯРИИ
1) трехдневной
2) четырехдневной
3) тропической
4) ovale

45\ ОСЛОЖНЕНИЕ, СВОЙСТВЕННОЕ ТРОПИЧЕСКОЙ МАЛЯРИИ
1) острая почечная недостаточность
2) пневмония
3) отек легких
4) миокардит

46\ ОСЛОЖНЕНИЕ, СВОЙСТВЕННОЕ ПЕРИОДУ РАЗГАРА СЫПНОГО ТИФА
1) пневмония
2) тромбоэмболии
3) инфекционно-токсический шок
4) перитонит

47\ Ремдесивир пациентам с COVID-19 и подозрением на грипп или лабораторно подтвержденным гриппом
1.можно безопасно назначать одновременно с осельтамивиром; 2.можно назначать только в тяжелых случаях; 3.нельзя назначать одновременно с осельтамивиром.

48\ ЭРИТЕМА ПРИ КЛЕЩЕВОМ БОРРЕЛИОЗЕ
1) резко болезненная, с флюктуацией в центре, нечеткими границами
2) умеренно болезненная, четкие границы, возвышается над уровнем здоровой кожи
3) умеренно болезненная, с бледно-цианотичным центром и яркими фестончатыми краями
4) зудящаяся, безболезненная, красно-фиолетового цвета, резко отграниченная от окружающей кожи

49\ РЕШАЮЩИМИ ДАННЫМИ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА МЕНИНГИТА ЯВЛЯЮТСЯ
1) менингеальный синдром
2) симптомы общей интоксикации
3) воспалительные изменения в ликворе
4) эпидемиологические данные

50\ НАИБОЛЕЕ РАННИЙ МЕТОД СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ
1) биологический
2) бактериологический
3) серологический
4) аллергологический

51\ ПЕРВИЧНЫЙ ГНОЙНЫЙ МЕНИНГИТ
1) синегнойный
2) менингококковый
3) стрептококковый
4) микотический

52\ СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА
1) лимфаденопатия, гепатоспленомегалия, тонзиллит, лихорадка
2) лихорадка, лимфаденопатия, гепатомегалия, диарея
3) лимфаденопатия, лихорадка, артриты, гепатоспленомегалия

53\ ТОНЗИЛЛИТ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИХОДИТСЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С
1) лакунарной ангиной кокковой этиологии
2) грибковым поражением слизистой ротоглотки
3) афтозным стоматитом
4) ангиной Симановского-Винцента

54\ ВЕДУЩИЙ МЕТОД ТЕРАПИИ АНГИН
1) антибактериальная
2) десенсибилизирующая
3) дезинтоксикационная
4) противовоспалительная

55\ ПОВЕРХНОСТНЫЙ АНТИГЕН ВИРУСА ГЕПАТИТА В - ЭТО
1) HBcorAg
2) HBsAg
3) HBeAg

4) HBxAg
56\ ДЛИТЕЛЬНАЯ ПЕРСИСТЕНЦИЯ HBeAg В СЫВОРОТКЕ КРОВИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О
1) хронизации вирусного гепатита В
2) реконвалесценции от острого вирусного гепатита В
3) фульминантном течении острого вирусного гепатита В
4) здоровом "носительстве" вируса гепатита В
57\ ВИРУС ГЕПАТИТА В НА ОБЪЕКТАХ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ
1) неустойчив
2) мало устойчив
3) высоко устойчив
58\ СИНДРОМ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ПРЕДЖЕЛТУШНОГО ПЕРИОДА ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А
1) астеновегетативный
2) артралгический
3) диспепсический
4) гриппододобный
59\ ПРИЗНАКИ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
1) нарастание желтухи и гепатомегалии
2) увеличение уровня общего билирубина и холестерина
3) нарастание желтухи и уменьшение размеров печени
4) эритематозная сыпь на коже и повышение температуры тела
60\ ЛЕТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА Е ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЮТСЯ У:
1) беременных женщин
2) гомосексуалистов
3) наркоманов
4) реципиентов крови
61\ ФОРМИРОВАНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО АКТИВНОГО ГЕПАТИТА И ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРНО ПРИ ИФЕКЦИИ ВИРУСОМ ГЕПАТИТА В В СЛУЧАЕ:
1) суперинфекции вирусом-дельта
2) коинфекции вирусом-дельта
3) суперинфекции вирусом Е
62\ МАТЕРИАЛОМ ДЛЯ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИФТЕРИИ ГЛОТКИ ЯВЛЯЕТСЯ:
1) кровь
2) мокрота
3) носоглоточная слизь
4) испражнения
5) моча
63\ НА РАННИХ СРОКАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ ДИФТЕРИЕЙ (2-3-Й ДНИ) ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ ЯВЛЯЕТСЯ:
1) миокардит
2) полиневропатия
3) острая дыхательная недостаточность (стеноз гортани)
4) инфекционно-токсический шок
64\ Для персиситирующей генерализованной лимфоаденопатии характерны:
1 Различные типы температурных кривых,ознобы, проливные ночные поты 2.Увеличенные периферические и глубокие лимфоузлы до 1-5 см и более
3 Периферические л/узлы обычно пальпируются в 2-3 зонах, возможна спленомегалия
4 Гистологически - неспецифическая очаговая гиперплазия фолликулов
5 Все перечисленное
65\ СКРИНИНГ-МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ
1) иммуноферментный (ИФА)
2) радиоиммунный (РИА)
3) иммуноблоттинг
4) молекулярная гибридизация (ДНК-зонды)
66\ СПИД-ИНДИКАТОРНАЯ БОЛЕЗНЬ
1) ПГЛ
2) пневмоцистная пневмония
3) кандидоз ротовой полости
4) Герпес Зостер
5) цитомегаловирусный гепатит
67\ ПЕРСИСТИРУЮЩАЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ЛИМФАДЕНОПАТИЯ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕМ

1) любых 3-х групп лимфоузлов, их болезненностью и нагноением
2) паховых лимфоузлов, их болезненностью, спаянностью между собой
3) любых 3-х групп лимфоузлов, безболезненностью и неспаянностью между собой
4) паховых и подмышечных лимфоузлов (более 3 см), их болезненностью и спаянностью между собой

68\ КИШЕЧНАЯ ФАЗА РАЗВИТИЯ ТОКСОПЛАЗМ ПРОИСХОДИТ В ОРГАНИЗМЕ
1) человека
2) свиньи
3) крупного рогатого скота
4) кошки

69\ ТОКСОПЛАЗМЫ В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА ПРИ ЛАТЕНТНОМ ТОКСОПЛАЗМОЗЕ СОХРАНЯЮТСЯ В ВИДЕ
1) ооцист
2) псевдоцист
3) тахизоитов (эндозоитов)
4) тканевых цист

70\ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ТОКСОПЛАЗМОЗА
1) хлоридин (пириметамин)
2) пенициллин
3) хлорохин (делагил)
4) метронидазол (трихопол)

71\ НА ПРИЕМ К ВРАЧУ ОБРАТИЛСЯ БОЛЬНОЙ ПО ПОВОДУ ОСТРО РАЗВИВШЕЙСЯ ДАЛЬНОЗОРКОСТИ, КОТОРАЯ ВОЗНИКЛА НА ФОНЕ ПОВТОРНОЙ РВОТЫ. ПРИ ОСМОТРЕ БОЛЬНОГО ВЫЯВЛЕНЫ ДВУХСТОРОННИЙ ПТОЗ ВЕК, МИДРИАЗ, СУХОСТЬ СЛИЗИСТЫХ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ; НОРМАЛЬНАЯ ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:
1) отравление беладонной
2) клещевой энцефалит
3) ботулизм
4) отравление метиловым спиртом.

72\КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БОТУЛИЗМА
1) острая дыхательная недостаточность
2) птоз век
3) расстройства глотания, дисфония

ВЕДУЩИЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ;
А. поражение ядер IX (n.glosso-pharingeus) и X (n.vagus)пар черепно-мозговых нервов
Б. поражение лицевого нерва (n.facialis) по периферическому типу
В. поражение ядер III пары (n.oculomotorius) черепно-мозговых нервов
Г. угнетение активности мотонейронов грудного и шейного отделов спинного мозга

73\ ЗАБОЛЕВАНИЕ;
1) вирусный гепатит В, желтушная форма
2) желчно-каменная болезнь
3) рак головки поджелудочной железы

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ;
А. постепенное начало с тошноты, постепенной утраты аппетита, нарастающего зуда кожи. Объективно: кожа желтая, со следами расчесов на туловище. Тургор кожи снижен.Пульс 86 уд/мин; размеры печени по Курлову: 13х12х8 см,в месте проекции желчного пузыря пальпируется эластичное безболезненное образование 3х3 см. Селезенка не увеличена

Б. острое начало с тошноты, болей в правом подреберье, повышения температуры тела до 38_50_0С. При осмотре умеренная желтуха; тахикардия до 104 уд/мин. Размеры печени по Курлову: 12х12х7 см, болезненность при пальпации в точке проекции желчного пузыря. Селезенка не увеличена

В. начало постепенное с тошноты, болей в суставах, зуда кожи, снижения аппетита. При осмотре кожа желтая, тургор сохранен. Пульс 68 уд/мин. Размеры печени по Курлову: 13х12х8 см, край чувствительный при пальпации. Селезенка не увеличена

Г. острое начало с озноба, повышения температуры тела до 38,8 С, тошноты, головокружения, слабости. При осмотре: умеренная желтуха, температура тела 39С. Тахикардия до 122 уд/мин. Размеры печени по Курлову: 11х10х8 см, край безболезненный. Селезенка пальпируется на 3 см ниже левого края реберной дуги. Не мочился около 10 часов

74/. Причина летального исхода при крымской геморрагической лихорадке.
1) острая почечная недостаточность
2) острая дыхательная недостаточность
3) разрыв почки
4) кровоизлияния и кровотечения

75./ Основным клиническим признаком токсической дифтерии является:
1) отек подкожной клетчатки шеи

2) увеличение регионарных лимфоузлов
3) гипертермия
4) поражение других отделов верхних дыхательных путей
76./ При менингококцемии характерно :
1) этапность высыпания сыпи (лицо, туловище, конечности)
2) геморрагическая звездчатая сыпь на нижних конечностях и ягодицах
3) кореподобная сыпь
4) розеолезная и розеолезно-папулезная сыпь.
77./ Основные клинические симптомы гриппа:
1) Лихорадка, гиперемия лица, катаральные явления
2) Озноб, недомогание, ломота, боли в мышцах
3) Гиперемия слизистой ротоглотки, отечность и зернистость задней стенки глотки
4) Все перечисленное
78./ Укажите сочетание симптомов, характерных для болезни Лайма:
1) Лихорадка, гепатоспленомегалия, розеолезная сыпь;
2) лихорадка, кольцевидная эритема, кардиальные, неврологические поражения, артриты;
3) лихорадка, артриты, эритема;
4) лихорадка, поражение сердца и суставов.

79/ .Что не характерно для постоянной лихорадки?
1 Постоянный характер повышения температуры
2 Уровень температуры выше 39°С
3 Суточные колебания температуры менее 1 градуса
4 Суточные колебания температуры более 1 градуса
5 Гипотермия
80.При каком из заболеваний розеолезная сыпь не встречается?
1 Брюшной тиф
2 Паратиф А и Б
3 Сыпной тиф
4 Болезнь Брилля
5 Псевдотуберкулез
81. Типичная сыпь при кори это:
1. Петехии
2. Везикулы
3. Пустулы
4. Пятны-папулы
5. Розеолы
82. Репикация коревого вируса с последующей первичной вирусемией происходит в:
1. Центральной нервной системе
2. Желудочно-кишечном тракте
3. Конъюнктивитах
4. Ретикуло-эндотелиальной системе
5. Эпителии слизистой респираторного тракта
83. Выберите самый частый и длительный симптом краснухи:
1. Лихорадка
2. Энантема
3. Полиаденит
4. Экзантема
5. Катар дыхательных путей
84. Для острого герпетического стоматита характерно:
1. Гнойная ангина
2. Множественные группы пузырьков с серозным содержимым и эрозии на гиперемированной слизистой оболочке ротоглотки, местная болезненность и гиперсаливация
3. Гнойные элементы на слизистой оболочке рта, лихорадка
4. Выраженные катаральные проявления
5. Мелкие, белесовато-желтоватого цвета, элементыб окруженные узкой каймой гиперемии, расположенные на слизистой оболочке щек.
85. Самый информативный элемент сыпи в диагностике ветряной оспы это:
1. Пустула
2. Пятно
3. Папула
4. Корочка

5.Везикула.
86. Более обильная ветряночная сыпь будет на:
1. Коже лица
2. Сгибательной поверхности конечностей
3. Разгибательной поверхности конечностей
4. Ладонях и подошвах
5. Нет излюбленной локализации.
87. Выберите симптомы эпидемического паротита:
1. Выраженные катаральные явления
2. Увеличение подчелюстных лимфатических узлов
3. Лакунарная ангина
4. Увеличение околоушных слюнных желез
5. Отек слизистой ротоглотки.
88. Лечение орхита при эпидемическом паротите не включает:
1. Строгий постельный режим
2. Кортикостероиды
3. Инсулин и противодиабетические сульфамиды
4. Диуретики
5. Анальгетики.
89. При какой острой респираторной инфекции чаще встречается синдром крупа:
1. Грипп
2. Парагрипп
3. Аденовирусная инфекция
4. Риновирусная инфекция
5. Микоплазмоз.
90. Выделите наиболее угрожающий синдром гриппа у детей:
1. Бронхообструктивный
2. Сегментарного отека легких
3. Нейротоксический
4. Абдоминальный
5. Катаральный.
91. Укажите заболевание, с которым не следует дифференцировать грипп у детей:
1. Парагриппом
2. Краснухой
3. Брюшным тифом
4. Менингококковой инфекцией
5. Аденовирусной инфекцией.
92. Увеличение каких лимфатических узлов чаще обнаруживается при аденовирусной инфекции у детей**:**
1. Затылочных
2. Диафрагмальных
3. Шейных
4. Подчелюстных, паховых
5. Паховых.
93. Для аденовирусов не свойственно размножение в:
1. Эпителии бронхов
2. Лимфоидной ткани
3. Паренхиме печени и почек
4. Слизистых оболочках верхних дыхательных путей
5. Эпителии генитальных органов.
94. РС-вирусы имеют тропизм к слизистым:
1. Верхних дыхательных путей
2. Нижних дыхательных путей
3. Моче-выделительной системы
4. Пищеварительного тракта
5. К сердечно-сосудистой системе.
95. Тяжелые формы РС-инфекции у детей обусловлены:
1. Сердечно-сосудистой недостаточностью
2. Дыхательной недостаточностью
3. Надпочечниковой недостаточностью
4. Почечной недостаточностью
5. Печеночной недостаточностью.
96. Ангина при энтеровирусной инфекции у детей:
1. Лакунарная

2. Фолликулярная
3. Герпетическая
4. Некротическая
5. Псевдомембранозная.
97. Изменения спинномозговой жидкости при энтеровирусном менингите:
1. Белок 3–5 г/л
2. Нейтрофильный плеоцитоз
3. Лимфоцитарный плеоцитоз
4. Смешанный плеоцитоз
5. Сахар снижен.
98. При полиомиелите у детей воспалительные изменения в мотонейронах:
1. Отек
2. Лимфоцитарная инфильтрация
3. Инфильтрация плазматическими клетками
4. Гиперемия
5.Все вышеперечисленное верно.
99. Материалом для исследования вируса полиомиелита с целью диагностики заболевания служат следующие биоматериалы, кроме:
1. Фекалий
2. Носоглоточных смывов
3. Крови
4.Мочи
5. Спинномозговой жидкости.
100. При инфекционном мононуклеозе вирус Эпштейн-Барр обладает тропизмом к В-лимфоцитам следующих систем, кроме:
1. Лимфоидные образования ротоглотки
2. Лимфоидные образования миндалин и задней стенки глотки
3. Лимфоидная ткань печени и селезенки
4. Периферические лимфатические узлы
5. Пеировые бляшки и солитарные фолликулы тонкого кишечника.

Приложение 2

1. Введение лечебных сывороток и иммуноглобулинов;
2. Взятие мазков из ротоглотки и носа;
3. Взятие смывов из носоглотки;
4. Заполнение бланка экстренного извещения;
5. Календарь прививок.
6. Клинические и эпидемиологические показания для госпитализации инфекционных больных.
7. Определение степени обезвоживания у больного ОКИ;
8. Определить тип температурной кривой;
9. Оценить эффективность антибактериальной терапии;
10. Оценить эффективность патогенетической терапии у больного ОКИ;
11. Оценка анализов серологических исследований;
12. Оценка биохимического анализа крови у больных с подозрением на вирусный гепатит;
13. Оценка иммунологических маркеров вирусных гепатитов;
14. Оценка общего анализа крови у инфекционного больного;
15 Посев крови на стерильность;
16. 0ценка результата анализа спинномозговой жидкости;
17. Посев крови на гемокультуру.
18. Экспресс-диагностика на основании обнаружения антигена возбудителя в субстратах, выделенных от больных.
19. Определение тонзиллярного синдрома при осмотре больного;
20. Определение синдрома гепатита при осмотре больного;
21. Определение диарейного синдрома при осмотре больного;
22. Определение катарального синдрома при осмотре больного;
23. Определение общеинтоксикационного синдрома при осмотре больного;
24. Определение менингоэнцефалитического синдрома при осмотре больного;
25. Произвести осмотр инфекционного больного.
26. Методы иммунодиагностики инфекционных заболеваний. иммуноферментный анализ (ИФА).
27. Использование современных инструментальных методов в диагностике при инфекционных заболеваниях; рентгенологическое исследование, УЗИ. Оценка результатов исследований. Подготовка больных к исследованиям.
28. Специфическая профилактика инфекционных болезней. Средства для создания пассивного иммунитета. Показания и противопоказания к их применению, способы введения в организм. Осложнения.
29. Особенности выявления и транспортировки инфекционных больных.
30. Методика сбора эпидемиологического анамнеза у ребенка с инфекционным заболеванием с определением источника инфекции и путей передачи заболевания.
31. Физикальное обследование ребенка с воздушно-капельной инфекцией (оценка кашля, сыпи, степеней стеноза, макроскопическая оценка налетов на миндалинах, пальпация лимфатических узлов).
32. Определение основных менингеальных симптомов (ригидности затылочных мышц, симптома Кернига, верхнего и нижнего симптомов Брудзинского, симптома Лессажа).
33. Физикальное обследование ребенка с кишечной инфекцией (оценка степени дегидратации, макроскопическая оценка стула).
34. Формулирование диагноза инфекционной болезни в соответствии с классификацией.
35. Оценка результатов лабораторного; бактериологического и серологического, обследования.
36. Оценка результатов лабораторного, иммунологического и инструментального обследования.
37. Методика введения противодифтерийной сыворотки.
38. Оформление медицинской документации при инфекционной патологии у детей с заполнением экстренного извещения, журнала экстренных извещений.
39. Составление плана профилактических мероприятий в очаге инфекции (сроки разобщения контактных лиц, сроки изоляции больного, дезинфекция, неспецифическая и специфическая профилактика).
40. Реакция иммунофлюоресценции (РИФ) при инфекционных заболеваниях.
41. Постановка внутрикожных аллергических проб.
42. Техника поясничного прокола (спинномозговой пункции).
43. Промывание желудка.
44. Оценка результатов анализа периферической крови при различных инфекционных заболеваниях у детей.
45. Оценка результатов исследования серологического маркерного спектра при вирусных гепатитах A, B, C,D.
46. Оценка результатов биохимического исследования крови при различных инфекционных заболеваниях у детей.
47. Правила забора и доставки материала при менингококковой инфекции.
48. Методика взятия мазков из носа и ротоглотки на BL и флору.
49. Особенности методики забора материала для бактериологического исследования испражнений у больных кишечными инфекциями.
50. Методика забора материала для иммунофлюоресцентного анализа.

51. Методика забора материала для бактериологического исследования у больных брюшным тифом.
52. Биохимический анализ крови:
Общий билирубин – 120мкмоль/л
Прямой билирубин - 50 мкмоль/л
Непрямой билирубин - 90 мкмоль/л
АлАТ - 57 ед/л.
мочевина – 14,5 ммоль/л
креатинин - 145 мкмоль/л
Ваше заключение?
53. Общий анализ крови:
эритроциты – $2,7x10^{12}$г/л, Нв – 94 г/л, ЦП – 0,8; лейкоциты – $16x10^{9}$/л; СОЭ – 15 мм/ч.
При микроскопировании: в толстой капле крови в эритроцитах обнаружены образования в виде разорванного кольца с красным ядром и серовато-синей цитоплазмой.
Ваше заключение?

54. Спинномозговая жидкость:
давление – 250 мм вод. ст.; бесцветная, прозрачная; белок – 520 мг/л; сахар - 2,6 ммоль/л; хлориды – 122 ммоль/л; цитоз – $0,5x10^{9}$/л; лейкоциты – 1-2 в поле зрения; нейтрофилы – 20%; лимфоциты – 80%; эритроциты– $18x10^{6}$/л; реакция Панди (+).
Ваше заключение?
55. Спинномозговая жидкость:
давление – 250 мм вод. ст.; мутная; желтовато-зеленого цвета; белок – 1,5 г/л; глюкоза – 1,5 ммоль/л; цитоз – $15x10^{9}$/л; нейтрофилы – 85%, лимфоциты – 15%, эритроциты – $5x10^{6}$/л; реакция Панди (+++).
Ваше заключение?
56. Методика постановки клизм.
57. Сбор анамнеза инфекционных больных, методика общего клинического исследования детей, постановка диагноза.
58. Наметить комплекс противоэпидемических мероприятий при различных инфекционных заболеваниях у детей (стационар, ДДУ, школы, закрытые детские учреждения).
59. Назначение лечебного питания пациентам с инфекционными заболеваниями.
60.

№	Антигены	Антитела	Качественный	Количественный
1	HBsAg	-	+	$2,1x10^{3}$копий/мл
2	HBeAg	-	+	Не определяли
3	HCVAg	-	-	Не определяли
4	-	HDVAt IgM	+	+
5	HDVAg	-	+	+
6	-	HBeAt IgM	+	+
7	-	HBcAt IgM	-	-

Ваше заключение?
61. Методика проведения оральной регидратации.
62 Методика проведения внутривенно/инфузионной регидратации.
63.Устройство и режим инфекционных больниц и отделений.
64. Кабинет инфекционных заболеваний. Обязанности врача КИЗ. Задачи и функции.
65. Роль поликлинической сети в выявлении и лечении инфекционных больных.
66. Тактика врача при выявлении случаев заболевания особо опасными болезнями.
67. Госпитальные инфекции и их предупреждение.
68. Общий анализ крови:
эритроциты – $5,2x10^{12}$/л ; Нв-128 г/л; ЦП - 0,98; лейкоциты – $12,6x10^{9}$/л:
сегментоядерные - 45% эозинофилы – 1%
палочкоядерные -15% лимфоциты – 29%
моноциты – 10%
СОЭ-32 мм/ч
Биохимический анализ крови:
Билирубин общий – 35 мкмоль/л
Мочевина – 22,5 ммоль/л
Креатинин – 205 ммоль/л
Ваше заключение?
69. Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА), при инфекционных заболеваниях и ее трактовка.
70. Методы иммунодиагностики инфекционных заболеваний: иммуноферментный анализ (ИФА), интерпретация результатов.

71. Методы иммунодиагностики инфекционных заболеваний, радиоиммунный анализ (РИА). интерпретация результатов.
72. ПЦР. Интерпретация результатов.
73. Использование современных инструментальных методов в диагностике при инфекционных заболеваниях КТ, МРТ, Оценка результатов исследований. Подготовка больных к исследованиям.
74. Использование современных инструментальных методов в диагностике при инфекционных заболеваниях ФГДС, Оценка результатов исследований. Подготовка больных к исследованиям.
75. Использование современных инструментальных методов в диагностике при инфекционных заболеваниях ректороманоскопия, колоноскопия. Оценка результатов исследований. Подготовка больных к исследованиям.

Приложение 3

1. Коклюш: этиология, патогенез, клинические проявления, диагноз, дифференциальный диагноз, лечение, прогноз.
2. Ботулизм: классификация, клинические проявления, диагностика, дифференциальная диагностика. Комплекс лечебных мероприятий при ботулизме.
3. Корь: этиология, патогенез, патанатомия, клинические проявления, диагноз, дифференциальная диагностика, клиника осложнений, лечение, профилактика.
4. Холера. Этиология, патогенез, диагноз. Степени обезвоживания.
5. Пищевые токсикоинфекции, вызываемые стафилококком, протеем и другими возбудителями: этиология, патогенез, клиника, лечение.
6. Менингококковая инфекция: этиология, эпидемиология, патогенез, патанатомия, классификация. диагностика, клиника, лечение.
7. Менингококовая инфекция : Неотложная терапия при тяжелых генерализованных формах менингококковой инфекции.
8. Энтеровирусные инфекции: Клиника, диагностика, лечение.
9. Брюшной тиф и паратифы: клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, принципы лечения. Принципы диспансеризации после перенесенного брюшной тифа и паратифа.
10. Вирусные гепатиты: современные меры профилактики, виды вакцин, схемы вакцинаций против вирусного гепатита В.
11. Вирусные гепатиты: диагностика и лечение острой печеночной недостаточности.
12. Паротитная инфекция: классификация, клиника, диагноз, лечение и профилактика.
13. Вирусные гепатиты А и Е: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение.
14. Малярия: диагностика, лечение больных различными формами малярии.
15. Скарлатина: этиология, патогенез, клиника, диагноз, лечение, профилактика осложнений.
16. Бруцеллез: основный принципы лечения бруцеллеза. Методы лечения, применяемые в различные фазы течения бруцеллеза.
17. Краснуха: этиология, патогенез, клиника, диагноз, дифференциальный диагноз, лечение и профилактика.
18. .Брюшной тиф: лечение осложнений. Неотложные лечебные мероприятия при перфорации кишечника и кишечном кровотечении.
19. Дифтерия: классификация, клиника, диагностика, лечение и профилактика.
20. Вирусные гепатиты: диагностика и лечение острой печеночной недостаточности.
21. Ветрянная оспа: этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение.
22. Холера: лечение. Комплексное применение этиотропных патогенетических и симптоматических средств. Принципы первичной регидратации.
23. Инфекционно-токсический шок: патофизиологические механизмы развития, клиника, лечение.
24. Лямблиоз: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагноз, лечение и профилактика.
25. Инфекционный мононуклеоз: клиника, диагноз, дифференциальный диагноз и лечение.
26. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с синдромом желтухи в клинике инфекционных болезней.
27. Сибирская язва: диагноз, дифференциальный диагноз, современные методы лечения и профилактики.
28. Гиповолемический шок: патофизиологические механизмы развития, клиника, лечение. Неотложные мероприятия врача инфекциониста .
29. Столбняк: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагноз, дифференциальный диагноз, лечение и профилактика.
30. Бешенство: этиология, эпидемиология, патогенез, патанатомия, диагностика, лечение и профилактика.
31. Сальмонеллез: этиология, эпидемиология, патогенез, диагностика, лечение. Принципы патогенетической терапии сальмонеллезов.
32. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с тонзилярным синдромом в клинике инфекционных болезней.
33. Организационная работа кабинета инфекционных заболеваний при поликлиниках.
34. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с менингиальным синдромом, в клинике инфекционных болезней.
35. Лабораторные методы диагностики инфекционных заболеваний: бактериологические, серологические, аллергические, биологические.
36. Крымская-Конго геморрагическая лихорадка: этиология, эпидемиология, диагностика, клиника, лечение и профилактика.
37. Лептоспирозы: этиология, эпидемиология, классификация, клиника, диагностика, лечение и профилактика.
38. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с высокой и длительной лихорадкой в клинике инфекционных, заболеваний.

39. Клещевой энцефалит: этиология, эпидемиология, клиника, диагноз, лечение и профилактика.
40. Дизентерия: клинические формы, лечение острой и хронической дизентерии.
41. .Токсоплазмоз: Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиника, лечение и профилактика.
42. Вирусный гепатит В: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, лечение и профилактика.
43. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с синдромом диареи в клинике инфекционных заболеваний.
44. Сыпной тиф: этиология, эпидемиология, патогенез, пат. анатомия, клиника, диагностика, лечение и профилактика. Болезнь Бриля.
45. Вирусный гепатит С: свойства вирусов, вызывающих ВГС, их роль в формировании хронических процессов в печени.
46. Лабораторная диагностика заболеваний, протекающих с экзантемами в клинике инфекционных болезней.
47. Острая почечная недостаточность при инфекционных заболеваниях.
48. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с катаральным синдромом в клинике инфекционных болезней.
49. Бруцеллез: этиология, эпидемиология, патогенез, пат. анатомия и клинические формы.
50. Болезнь Лайма: этиология, клиника, диагностика, лечение и профилактика.
51. Рожа: этиология, иммунология, патогенез, клиника, осложнение и лечение.
52. Амебиаз: этиология, эпидемиология, патогенез, пат. анатомия, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика.
53. Чума: история, этиология, эпидемиология, патогенез, пат. анатомия, клиника, диагностика, лечение.
54. ВИЧ инфекция: этиология, эпидемиология, клиника, классификация.
55. Категория лиц подлежащие обследованию на ВИЧ инфекцию.
56. Диспансеризация ВИЧ + лиц.
57. Классификация ВИЧ инфекции.
58. Коинфекция Тб/ВИЧ. Особенности течения.
59. Коронавирусная инфекция: этиология, эпидемиология, классификация, клиника, диагностика, лечение и профилактика.
60. Основные нормативные документы в ПМР, касающиеся оказания помощи ВИЧ + лиц.
61. Основные оппортунистические инфекции. Профилактика и принцип лечения.
62. Постконтактная профилактика (ПКП). Показания и тактика проведения.
63. Диспансеризация ВИЧ+ беременных женщин. Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку.
64. Стигма и дескриминация ВИЧ+ лиц в ПМР.
65. Диагностика, контингенты лиц, подлежащие обследованию на ВИЧ. Принципы лечение и профилактика основных оппортунистических инфекций. Диспансеризация ЛЖВС.
66. Псевдотуберкулез: этиология, эпидемиология, классификация, клиника, диагностика, лечение и профилактика.
67. Грипп: классификация, клиника, лечение не осложненных и осложненных форм гриппа.
68. Иерсиниоз: этиология, эпидемиология, патогенез, пат. анатомия, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
69. Принципы противовирусной терапии в клинике инфекционных заболеваний. Классификация противовирусных препаратов.
70. Туляремия: этиология, эпидемиология, патогенез, пат. анатомия, классификация, клиника
71. Лабораторные методы диагностики инфекционных заболеваний: бактериологические, серологические, аллергические, биологические.
72. Профилактика инфекционных заболеваний. Прививочный календарь. Виды вакцин. Применение вакцин. Плановая и экстренная вакцино профилактика.
73. Лихорадка-Ку: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
74. Острая печеночная энцефалопатия. Лечение. Методы патогенетической терапии.
75. Натуральная оспа: этиология, клиническая характеристика и диагностика. Основные отличия от ветряной оспы.

ПАТОЛОГИЯ

1. Основные понятия нозологии. Болезнь как нарушение гомеостаза.
2. Номенклатура и классификация болезней.
3. Общая этиология. Общий патогенез. Причинно-следственные взаимоотношения в патогенезе.
4. Венозная гиперемия. Причины, механизмы, последствия.
5. ДВС - синдром. Стадии. Патогенез.
6. Экссудация. Механизмы развития. Значение.
7. Фагоцитоз при воспалении. Причины эмиграции лейкоцитов в очаг воспаления. Механизмы фагоцитарной деятельности лейкоцитов.
8. Понятие об иммунном гомеостазе, механизмы гуморального и клеточного иммунитета.
9. Опухоли. Определение сущности опухолевого роста. Этиология опухолей. Современные теории опухолевого роста. Современная классификация опухолей. Принципы ее построения. Вторичные изменения в опухолях.
10. Доброкачественные, злокачественные и опухоли с местным деструирующим ростом. Критерии злокачественности. Понятие о рецидиве.

ПЕДАГОГИКА

1. Определите место педагогики в системе современного человекознания.
2. Назовите способы структурирования содержания образования и проиллюстрируйте их на примере.
3. Дайте характеристику законодательным актам в сфере образования.
4. Какие документы составляют нормативную основу образования?
5. Что означает понятие «обучение»? Как ваше собственное понимание этого понятия соотносится с его научной трактовкой?
6. В чем обнаруживается сходство и различие процессов обучения и лечения как древнейших видов гуманитарной практики?
7. Какие типы и виды обучения оптимальны на доклиническом и клиническом этапах медицинского образования?
8. В чем суть поэтапного формирования знаний и умений? Пояснить на примерах.
9. Какие требования к выбору форм организации познавательной деятельности обучаемых на учебном занятии существуют в дидактике?
10. Что лежит в основе классификации форм организации познавательной деятельности? Как связаны между собой формы организации познавательной деятельности и цели обучения?
11. От чего зависит выбор форм организации познавательной деятельности к конкретному занятию?
12. Какие формы обучения наиболее рационально использовать на разных этапах обучения в медицинском вузе и при обучении разных категорий обучаемых (медицинский персонал, пациенты, их родственники)?

Инфекционные болезни, в том числе туберкулез

Вопросы к ГАК (инфекционные болезни):

1. Этиология, эпидемиология и патогенез туберкулеза. Клиническая классификация туберкулеза. Основные эпидемиологические показатели туберкулеза.
2. Основные методы выявления и диагностики туберкулеза.
3. Понятие об основных клинических симптомах и синдромах легочного внелегочного туберкулеза.
4. Остропрогрессирующие формы туберкулеза. Основы дифференциальной диагностики туберкулеза.
5. Специфическая, санитарная, социальная профилактика туберкулеза.

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. Медицинское право, как отрасль права.
2. Источники медицинского права.
3. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья.
4. Права и обязанности медицинских работников.
5. Понятие и виды медико-социальной помощи.
6. Особенности медицинской услуги
7. Особенности регулирования труда медицинских работников
8. Правонарушение и юридическая ответственность
9. Гражданско-правовая ответственность субъектов предоставления и оказания медико-социальной помощи.
10. Дисциплинарная ответственность медицинских работников.
11. Административная ответственность должностных лиц.
12. Уголовная ответственность медицинских работников.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

1. Дайте определение науки «Общественное здоровье и здравоохранение». Задачи общественного здоровья и здравоохранения. Объект изучения общественного здоровья и здравоохранения.
2. Какие методы используют при изучении общественного здоровья и здравоохранения?
3. Назовите главные критерии оценки эффективности системы здравоохранения.
4. Назовите базовые функции системы здравоохранения.
5. Дайте определения фактора риска. Перечислите факторы риска и кратко охарактеризуйте.
6. Дайте определение медицинской демографии и перечислите ее основные разделы.

7. Перечислите известные Вам исторически сложившиеся на этапах развития названия предмета Общественное здоровье и здравоохранение. С чем связано существование большого числа названий предмета?

8. Воспроизводство населения (естественное движение населения).
Общие и специальные показатели, методика расчета, анализ и оценка
9.Миграция населения: внешняя, внутренняя (урбанизация,
сезонная). Факторы, ее определяющие. Влияние миграции на здоровье населения
10. Естественный прирост населения, факторы на него влияющие.
Противоестественная убыль населения.
11. Дайте определения “заболеваемость”, распространенность болезней”,
патологическая пораженность”
12.От чего зависит полнота учета заболеваемости?

Министерство здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики
Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Медицинский факультет
Центр медицинского послевузовского образования

УТВЕРЖДАЮ
Министр здравоохранения ПМР
_____К.В.Албул
«__4__»_____01_____2024г.

СОГЛАСОВАНО
Ученым советом факультета
протокол № 5
от «29» 12 2023г.
Председатель
Ученого совета факультета
_____Г.Н.Самко

ПРОГРАММА
ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ

образовательной программы послевузовского профессионального образования- программы ординатуры

Специальность **31.08.42 НЕВРОЛОГИЯ**

Квалификация выпускника: врач – невролог
Трудоемкость: 108 часов-3з.е.
Сроки проведения: 24.06.24 - 6.07.24г .

Тирасполь, 2023

Программа итоговой государственной аттестации образовательной программы высшего образования- программы ординатуры по специальности 31.08.42 Неврология разработана в соответствии с Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08. 42 Неврология (утвержденным Приказом Министерства Просвещения Приднестровской Молдавской Республики № 670 от 28.07.2021г. «Об утверждении и введении в действие Государственного образовательного стандарта послевузовского профессионального образования - ординатуры)

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании кафедрыТерапии с циклом фтизиатрии протокол №4 от «28» ноября 2023 г.
Заведующий кафедрой Терапии с циклом фтизиатрии _____Лосева Н.Г.

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УМК факультета

«12» 12 2023 г. (протокол № 4)

Председатель УМК _____ А.В. Васильчук

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УС факультета

«29» 12 2023 г. (протокол № 5)

Председатель УС _____ Г.Н. Самко

Программу составили:

Ассистент _____ Бутенко Ж.А.

Содержание

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.
2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры
3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации.
4. Форма и структура итоговой государственной аттестации.
4.1 Форма итоговой государственной аттестации.
4.2 Трудоёмкость итоговой государственной аттестации.
4.3 Структура итоговой государственной аттестации.
5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.
6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации.
6.1 Критерии оценки результатов тестирования
6.2 Критерии оценки практических навыков и умений.
6.3 Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.
7. Содержание государственного экзамена.
7.1 Тестирование
7.2 Практические навыки.
7.3. Устное собеседование
8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

Приложения

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.

Цель - определение соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры требованиям Государственному образовательному стандарту послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08. 42 «Неврология».

Задачи:

— установление уровня подготовки выпускника к выполнению профессиональных задач (оценка степени сформированности всех компетенций, предусмотренных Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08. 42 «Неврология», характеризующих готовность выпускников к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации - врач - невролог).

— принятие решения о выдаче обучающемуся, успешно прошедшему итоговую государственную аттестацию по программе ординатуры, диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации.

2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры

Итоговая государственная аттестация относится к базовой части программы - Блок 3. итоговая государственная аттестация и завершает процесс освоения имеющих государственную аккредитацию образовательных программ ординатуры.

Итоговая государственная аттестация образовательной программы ординатуры по специальности 31.08. 42 «Неврология» завершается присвоением квалификации " врач - акушер-невролог".

3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путём обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- физические лица женского пола (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку готовности выпускников, освоивших программу ординатуры, к следующим видам профессиональной деятельности:

— профилактическая;
— диагностическая;
— лечебная;
— реабилитационная;
— психолого-педагогическая;
— организационно-управленческая.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

а) готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу - УК1;

б) готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия - УК2;

в) готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее

профессиональное или высшее образование - УК3.

Профессиональные компетенции (ПК):

а) профилактическая деятельность:

1) готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания - ПК1;

2) готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными - ПК2;

3) готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях - ПК3;

4) готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медикостатистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков - ПК4;

б) диагностическая деятельность - готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - ПК5;

в) лечебная деятельность:

1) готовностью к ведению, и лечению пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи - ПК6;

2) готовностью к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации - ПК7;

г) реабилитационная деятельность - готовностью к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении - ПК8;

д) психолого-педагогическая деятельность - готовностью к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих - ПК9;

е) организационно-управленческая деятельность:

1) готовностью к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях - ПК10;

1) готовностью к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей - ПК11.

4.Форма и структура итоговой государственной аттестации

4.1.Форма итоговой государственной аттестации

Итоговая государственная аттестация обучающихся по образовательной программе ординатуры 31.08. 42 «Неврология» проводится в форме государственного экзамена.

4.2.Трудоёмкость итоговой государственной аттестации

Объем итоговой государственной аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) - сдачу государственного экзамена.

4.3.Структура итоговой государственной аттестации

В Блок 3 " Итоговая Государственная аттестация" входят подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена. Перед государственным экзаменом по специальности для ординаторов проводятся предэкзаменационные консультации по вопросам, включенным в программу

государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в три этапа:

1 этап - тестирование, проводится для получения сертификата специалиста, имеет целью определить готовность специалиста к самостоятельной профессиональной (медицинской) деятельности (согласно Приказу Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 31.05.2022г №477 «Об утверждении Порядка приема граждан на обучение по образовательным программам послевузовского профессионального образования – программам ординатуры, а также Порядка реализации образовательных программ послевузовского профессионального образования – программ ординатуры» (регистрационный № 11145 от 15 июля 2022 года) (САЗ 22-27)). Во время тестирования обучающийся выбирает правильный(е) ответ(ы) из предложенных нескольких вариантов ответов. Каждый обучающийся отвечает на 100 тестовых вопросов, на решение которых отводится 120 минут(2 астрономических часа).

2 этап - оценка практических навыков и умений - состоит из демонстрации практических навыков и умений, приобретенных в результате освоения программы ординатуры.

3 этап – устный экзамен по дисциплине Неврология с целью определения сформированности профессиональных компетенций выпускника, профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения. Каждый билет состоит из пяти теоретических вопросов, в процессе проведения государственного экзамена обучающемуся могут быть заданы уточняющие или дополнительные вопросы в рамках билета. На подготовку к ИГА ординатору выделяется 2 недели. После выбора билета ординатор готовится к ответу 30 минут, отвечает согласно регламенту 20 минут. По решению комиссии обучающийся может быть освобожден от необходимости полного ответа на вопрос билета, уточняющий или дополнительный вопрос.

Этапы государственного экзамена	Компетенции, которые оцениваются в ходе этапа
1 этап - в форме тестирование	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7 ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11.
2 этап - оценка практических навыков и умений	
3 этап – устный экзамен по дисциплине	

5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.

Проведение ИГА определяется календарным учебным графиком, выполнением индивидуального плана ординатора и расписанием ИГА.

Перед итоговой государственной аттестацией обучающиеся должны ознакомиться с программой ИГА. Подготовка к государственному экзамену может проводиться в формах, как устного повторения пройденных дисциплин (с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д.), так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.

6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации. Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

6.1. **Критерии оценки результатов тестирования**

Подведение **итогов 1 этапа в форме тестирования. Результат решения тестов оценивается по ятибалльной системе:**

- 49% и менее правильных ответов - «неудовлетворительно»;
- 50% - 70% - «удовлетворительно»;
- 71% - 84% - «хорошо»;
- 85% - 100% - «отлично».

6.2. Критерии оценки практических навыков и умений

Результаты 2 этапа определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол ИГА. Обучающиеся, получившие оценку

«неудовлетворительно» к 3 этапу государственного экзамена не допускается, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений;

- «хорошо» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет;

- «удовлетворительно» - обучающийся обладает удовлетворительными теоретическими знаниями - знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний - не знает методики выполнения, практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и т.д.; и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

6.3. Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.

Результаты 3 этапа государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «хорошо» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «удовлетворительно» - обучающийся показывает частичное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз с учетом принятой классификации. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций, демонстрируя поверхностное знание предмета;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не показывает освоение планируемых результатов обучения по пройденным темам, не может сформулировать диагноз или неправильно его ставит. Не может правильно ответить на большинство дополнительных вопросов, характеризующих уровень освоения необходимых компетенций.

7. Содержание государственного экзамена

7.1.Тестировние: Приложение 1
7.2.Практические навыки: Прилодение 2
7.3.Устное собеседование Приложение 3

8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

Основная литература:

1. Скоромец А.А. Атлас по клинической неврологии, 2014г.
2. Мументалер М. «Неврология», 2019 г.
3. Брадис П.У. и соавт. «Топическая диагностика в клинической неврологии», 2014 г.
4. Парфенов В.А., Головачева В.А. "Хроническая боль и ее лечение в неврологии", 2018 г.

5. Парфенов В.А., Исайкин А.И. "Боль в спине: мифы и реальность", 2018 г.
6. Парфенов В.А., Хасанова Д.Р. "Ишемический инсульт", 2012 г.

Дополнительная литература:

1. Захаров В.В., Яхно Н.Н. «Нарушения памяти», 2002 г.
2. Яхно Н.Н. и соавт. Деменции. Рук-во для врачей, 2010 г.
3. Гринберг Д., Аминофф М. «Клиническая неврология», 2009 г.
4. «Руководство по нервным болезням», под ред. Яхно Н.Н., т.1,2, 2010 г.
5. Боль. Рук-во для студентов и врачей. Под ред. Н.Н.Яхно, 2010
6. Биллер Х. «Практическая неврология» в 2-х томах, 2008 г.
7. «Вегетативные расстройства» (под.ред. Голубева В.М.), 2010 г.
8. Дамулин И.В. «Болезнь Альцгеймера и сосудистые деменции», 2002 г.
9. Дуус П. «Топический диагноз в неврологии», 1995 г.
10. «Экстрапирамидные расстройства» под ред. Штока В.Н., Левина О.С., 2002 г.
11. Яхно Н.Н., Алексеев В.В. «Головная боль», 2002 г.
12. «Секреты неврологии» под ред. Ролака Л., 2008 г.
13. Левин О.С. «Полинеропатии», 2005 г.
14. Иллариошкин С.Н. «Наследственные атаксии и параплегии», 2008 г.
15. Орлова О.Р., Яхно Н.Н. «Применение Ботокса в клинической практике», 2001 г.
16. Плам Ф., Позер Дж. «Диагностика ступора и комы», 1986 г.
17. Ронкин М.А., Зенков Л.Р. «Функциональная диагностика нервных болезней», 1995 г.
18. Виленский Б.С. «Экстренная неврология» (справочник), 2009 г.
19. Шмидт Т.Е., Яхно Н.Н. «Рассеянный склероз», 2010 г.
20. Броун Т. «Эпилепсия» (руководство), 2006 г.
21. Голубев В.М., Вейн А.М. «Неврологические синдромы», 2004 г.
22. «Внутренние болезни» под ред. Харрисона, тт.1,10, 1997 г.
23. Лобзин В.С. «Менингиты и арахноидиты», 1983 г.
24. Макаров А. Ю. «Клиническая ликворология», 1984 г.

ВАРИАНТ № 1

Выбрать один правильный ответ:

1. Признаком, характеризующим тромбоз внутренней сонной артерии, является:
    1) альтернирующий синдром Захарченко-Валленберга
    2) альтернирующий синдром Вебера
    3) альтернирующий оптикопирамидный синдром
    4) сенсорная афазия
2. К структурам эфферентной нервной регуляции мозгового кровообращения относятся:
    1) рецепторы синокаротидной зоны
    2) рецепторы магистральных и мозговых сосудов, вазомоторных центров ствола
    3) сочетанное влияние рецепторов синокаротидной зоны и рецепторов сосудов мозга
    4) сочетанное влияние рецепторов вазомоторных центров ствола и рецепторов сосудов мозга
3. ЭХО-ЭГ при кровоизлиянии в паренхиму мозга /по типу гематомы/:
    1) М-ЭХО без смещения
    2) смещение М-ЭХО больше 3 мм
    3) смещение М-ЭХО больше 14 мм
4. Менингит обычно не развивается при:
    1) открытой черепно-мозговой травме
    2) открытой позвоночно-спинальной травме
    3) переломах и трещинах основания черепа, сопровождающихся ликвореей
    4) закрытой черепно-мозговой травме
5. Морфологическим субстратом ранних форм нейросифилиса являются:
    1) воспалительные изменения в оболочках головного и спинного мозга
    2) воспалительные изменения в сосудах ЦНС
    3) дегенеративные изменения паренхимы головного и спинного мозга
    4) очаги демиелинизации в ЦНС
    5) изменения воспалительного характера в оболочках и сосудах головного и спинного мозга
6. Оптикохиазмальный арахноидит характеризуется:
    1) снижением остроты зрения
    2) концентрическим сужением полей зрения
    3) отеком дисков зрительных нервов
    4) все перечисленное
    5) снижением остроты зрения и сужением полей зрения
7. Психические нарушения при СПИДе представлены следующими симптомами:
    1) снижением памяти и критики
    2) дезориентированностью и галлюцинациями
    3) прогрессирующей деменцией
    4) снижением памяти и критики с прогрессирующей деменцией
    5) все перечисленное
8. При лечении острого рассеянного энцефаломиелита применяют:
    1) нестероидные противовоспалительные средства
    2) анаболические стероидные гормоны
    3) синтетические глюкокортикоиды
    4) эстрогенные стероидные препараты
9. Невринома VIII черепного нерва часто является проявлением:
    1) синдрома Денди-Уокера
    2) сирингомиелии
    3) аневризмы перекаллезной артерии
    4) болезни Реклингаузена
    5) синдрома Вербиста
10. Очаговая симптоматика при гипертензионном синдроме:
    1) приступообразные ночные головные боли
    2) застойные диски зрительных нервов
    3) расстройства сознания
    4) парез взора
11. Опухолью передних отделов боковых желудочков наиболее часто является:
    1) менингиома
    2) хориоидпапиллома
    3) эпендимома
    4) астроцитома
12. Адверсивные судорожные приступы с насильственным поворотом головы в здоровую сторону чаще наступает при локализации опухоли в следующей доли мозга:
    1) лобной
    2) теменной

3) височной
4) затылочной
5) любой из вышеперечисленных

13. Экстраселлярный рост и признаки снижения функции гипофиза характерны для аденом гипофиза следующего гистологического типа:
    1) эозинофильных
    2) базофильных
    3) хромофобных
    4) для всех перечисленных типов в одинаковой степени
14. Перкуссия головы усиливает головную боль при опухоли головного мозга за счет:
    1) нарушения ликвороциркуляции
    2) нарушения внутричерепного кровообращения
    3) натяжения и дислокации оболочек и черепных нервов
    4) затруднения венозного оттока
    5) всех перечисленных факторов
15. При травматической эпидуральной гематоме:
    1) больные должны лечиться на дому из-за опасности транспортировки
    2) показано консервативное лечение
    3) показано оперативное лечение в условиях нейрохирургического стационара
    4) показано оперативное лечение в условиях общехиругического стационара
16. Эпидуральные гематомы часто ограничены:
    1) швом костей свода
    2) корой мозга
    3) ворсинчатыми сплетениями
    4) прозрачной перегородкой
    5) серповидным отростком
17. Брадикардия, гемипарез, мидриаз являются классической картиной:
    1) каротидно-кавернозного соустья
    2) опухоли гипофиза
    3) травматической внутричерепной гематомы
    4) компрессионной сосудистой невропатии
    5) аномалии Арнольда-Киари
18. Источником формирования субдуральных внутричерепных гематом является:
    1) артерия Адамкевича
    2) передние ворсинчатые артерии
    3) задние ворсинчатые артерии
    4) дуро-пиальные перегородки
    5) вена прозрачной перегородки
19. Для осложненного перелома грудного отдела позвоночника характерен:
    1) верхний парапарез
    2) нижний парапарез
    3) лагофтальм
    4) тетрапарез
    5) верхний монопарез
20. Важным диагностическим признаком субдуральных гематом является:
    1) анизокория
    2) равномерность зрачков
    3) расширение зрачков
    4) ликвор с нейтрофильным плеоцитозом
21. Грыжа межпозвонкового диска клинически характеризуется развитием:
    1) синдрома лестничной мышцы
    2) спастической кривошеей
    3) синдромом локтевого туннеля
    4) синдромом грушевидной мышцы
    5) корешковым синдромом
22. Для поражения седалищного нерва характерно:
    1) отсутствие ахиллова рефлекса
    2) отсутствие коленного рефлекса
    3) гипестезия по передней поверхности бедра
    4) положительный симптом Вассермана
23. Эффект антидепрессантов при вегетативных кризах обычно наступает:
    1) немедленно
    2) через 3 дня
    3) через 1-2 недели
    4) через 2-4 недели
    5) через 3 месяца
24. Тазовые расстройства не характерны:

1) для рассеянного склероза
2) для оливопонтоцеребеллярной атрофии
3) для болезни Паркинсона
4) для бокового амиотрофического склероза
5) для мультисистемной атрофии

25. Вариантом рефлекторной симпатической дистрофии является:
1) синдром Персонейджа-Тернера (невралгическая амиотрофия)
2) синдром Стейнброкера (плечо-кисть)
3) синдром «замороженного плеча»
4) задний шейный симпатический синдром
5) все перечисленное

26. При невропатических болях стреляющего характера наиболее эффективны:
1) антидепрессанты
2) антиконвульсанты
3) нестероидные противовоспалительные средства
4) симпатолитики
5) антидепрессанты и антиконвульсанты

27. Наиболее частой причиной одностороннего феномена Рейно является:
1) синдром верхней апертуры грудной клетки
2) синдром запястного канала
3) шейная радикулопатия
4) спондилогенная цервикальная миелопатия
5) синдром подключичного обкрадывания

28. Прогрессирующие мышечные дистрофии обусловлены поражением:
1) цереброспинальных пирамидных путей
2) мотонейронов передних рогов спинного мозга
3) периферического двигательного нейрона
4) ничего из перечисленного
5) всего перечисленного

29. Изменение контура ног по типу «опрокинутой бутылки» обусловлено изменением массы мышц:
1) при амиотрофии Шарко-Мари-Тута
2) при мышечной дистрофии Эрба
3) при мышечной дистрофии Бекера
4) при амиотрофии Кугельберга-Веландера

30. При дрожательной и дрожательно-ригидной форме гепатолентикулярной дегенерации преобладает:
1) тремор в руках, с усилением в среднефизиологическом положении сгибания
2) усиление тремора при целенаправленных движениях
3) тремор по типу «трепетания крыльев птицы»
4) тремор в туловище
5) тремор в туловище и тремор по типу «трепетания крыльев»
6) ничего из перечисленного

31. Приступ при гиперкалиемической и нормокалиемической форме пароксизмальной миоплегии возникает:
1) во время отдыха после физической нагрузки
2) в состоянии покоя днем
3) во время ночного сна

32. Болезнь Паркинсона проявляется следующими синдромами:
1) хореоатетоидным
2) акинетико-ригидным
3) вестибуломозжечковым
4) денторубральным
5) гиперэкплексией

33. Достаточными клиническими признаками в диагностике сирингомиелии являются:
1) сегментарные диссоциированные нарушения чувствительности
2) наличие дизрафических черт строения опорно-двигательного аппарата соответствующих сегментарным нарушениям чувствительности
3) нижний спастический парапарез
4) все перечисленное
5) дизрафические черты строения опорно-двигательного аппарата и диссоциированные сегментарные расстройства чувствительности

34. При лечении болезни Паркинсона ДОФА-содержащими средствами возможны следующие побочные симптомы:
1) судорожные синдромы
2) вестибулярные расстройства

3) хореоатетоидный гиперкинез
4) горизонтальный нистагм
5) гиперэкплексия

35. Аутосомно-доминантная мозжечковая атаксия отличается от атаксии Фридрейха:
1) наличием пирамидных патологических симптомов (спастичность)
2) нарушением походки (мозжечково-сенситивный вариант)
3) наличием глазодвигательных нарушений
4) «Стопа Фридрейха»
5) сочетанием спастичности и глазодвигательных нарушений

36. Характерной чертой нижнего парапареза при болезни Штрюмпеля является:
1) преобладание слабости над спастичностью
2) преобладание спастичности над слабостью
3) преобладание мозжечковых симптомов над пирамидными
4) сочетание пирамидных симптомов с фибрилляцией мышц
5) сочетание пирамидных симптомов с сенситивной атаксией

37. Нейрофибромы при нейрофиброматозе могут локализоваться:
1) по ходу периферических нервов
2) в спинномозговом канале по ходу корешков
3) интракраниально по ходу черепных нервов
4) на любом из указанных участков

38. Компьютерная томография мозга не показана, если у больного с поражением головного мозга:
1) диагностирован инфаркт миокарда
2) появились признаки поражения ствола
3) бессознательное состояние
4) лучевая болезнь
5) все перечисленное

39. Для коматозного состояния не характерно:
1) снижение сухожильных рефлексов
2) двусторонний симптом Бабинского
3) угнетение брюшных рефлексов
4) угнетение зрачковых реакций
5) целенаправленные защитные реакции

40. Внутримозговое обкрадывание очага ишемического инсульта наступает в результате:
1) нарушения ауторегуляции кровообращения в очаге
2) спазма сосудов пораженного участка мозга
3) спазма сосудов неповрежденных отделов мозга
4) расширения «здоровых» сосудов неповрежденных отделов мозга
5) раскрытия артериовенозных анастомоз

41. Для купирования приступа мигрени наиболее эффективны препараты:
1) триптаны
2) сосудорасширяющие
3) антигистаминные
4) антисератониновые
5) противосудорожные

42. Для коррекции падения сердечной деятельности при острой черепно-мозговой травме целесообразно назначить:
1) адреналин
2) норадреналин
3) мезатон
4) дофамин
5) эфедрин

43. При кровоизлиянии в ствол мозга не является обязательным:
1) поражение черепных нервов
2) менингеальный синдром
3) зрачковые расстройства
4) двусторонние пирамидные симптомы

44. Горметонией называют состояние, при котором наблюдается:
1) генерализованная гипотония мышц в сочетании с нарушением ритма дыхания
2) повышение мышечного тонуса в сгибателях верхних конечностей и разгибателях нижних конечностей
3) повышение мышечного тонуса в разгибателях верхних конечностей и сгибателях нижних конечностей
4) повторяющиеся пароксизмы повышения мышечного тонуса в разгибателях конечностей

45. Противопоказанием к транспортировке в неврологический стационар является:
1) утрата сознания
2) рвота
3) психомоторное возбуждение
4) инфаркт миокарда
5) отек легких

46. Подозрение на объемный процесс головного мозга возникает, если заболевание характеризуется признаками:

1) нарастающей внутричерепной гипертензией
2) очагового церебрального поражения
3) общемозговыми симптомами
4) очаговой симптоматикой и нарастающей внутричерепной гипертензией
5) всеми перечисленными

47. Острый полирадикулоневрит типа Ландри от других острых полирадикулоневритов отличают:
1) вялые параличи дистальных отделов конечностей
2) сухожильная арефлексия
3) нарушение дыхания
4) нарушение чувствительности в дистальных отделах конечностей
5) восходящий тип последовательности появления неврологических симптомов
48. При острых заболеваниях бронхов и легких церебральные неврологические осложнения обусловлены развитием гипоксии:
1) ишемической (дисциркуляторной)
2) гипоксической
3) анемической
4) метаболической
5) комбинированной
49. При эритремии неврологические осложнения развиваются вследствие:
1) тромбоцитопении с геморрагическими периваскулярными экстравазатами
2) тромбоза церебральных артерий с ишемическим поражением ЦНС
3) метаболической аноксии
4) все вышеперечисленное
5) ничего из перечисленного
50. Развитие неврологических синдромов при панкреатитах в основном связано с:
1) нарушением эндокринных функций
2) нарушением экзокринных функций
3) алиментарным дефицитом
4) гиперпротеинемией
51. Алкогольная полиневропатия связана с:
1) дефицитом витаминов группы В
2) непосредственным токсическим воздействием метаболитов этанола
3) поражением печени
4) верно все перечисленное
5) дефицитом витаминов группы В, токсическим воздействием метаболитов этанола
52. Развитию эпилептического припадка способствует:
1) ацидоз
2) алкалоз
3) гиперкапния
4) ни один из этих факторов.

Выбрать все правильные ответы:

53. Очаговые симптомы, характерные для тромбоза передней мозговой артерии:
1) нарушения зрения
2) центральный парез ноги
3) центральный парез руки
4) нарушения психики
5) менингеальные симптомы
54. Очаговые симптомы, характерные для тромбоза позвоночной артерии:
1) альтернирующий синдром
2) мозжечковая атаксия
3) нистагм
4) головная боль
5) менингеальные симптомы

55. Этиологические факторы ишемического инсульта:
1) гипертоническая болезнь
2) атеросклероз
3) нарушения сердечного ритма
4) системные васкулиты
5) болезни крови
56. Симптомы, характерные для субарахноидального кровоизлияния:
1) внезапная головная боль
2) гемипарез
3) постепенное нарастание симптомов
4) менингеальные симптомы

57. При преходящих нарушениях мозгового кровообращения в системе внутренней сонной артерии:
    1) наиболее часто наблюдаются онемение, покалывание на ограниченных участках лица или конечностей
    2) возможны нарушения чувствительности по гемитипу
    3) двигательные расстройства чаще ограничены рукой или ногой
    4) двигательные и чувствительные расстройства часто сочетаются с нарушениями речи по типу дизартрии или афазии
58. В отношении тромботического ишемического инсульта справедливо:
    1) ему часто предшествуют ПНМК
    2) часто развивается в ночное время суток
    3) характерно нарастание симптомов в течение нескольких часов
    4) характерно молниеносное развитие
59. При обширных инфарктах в бассейне передней мозговой артерии (ПМА):
    1) возникает спастический гемипарез контралатеральных конечностей
    2) парез преимущественно локализуется в проксимальном отделе руки и дистальном отделе ноги
    3) никогда не бывает расстройств чувствительности
    4) часто развивается задержка мочи
    5) часто возникает хватательный рефлекс и симптомы орального автоматизма
60. Для окклюзии основной артерии характерно:
    1) высокая летальность
    2) быстрое развитие комы
    3) отсутствие расстройств сознания
    4) развитие тетраплегии
    5) наличие глазодвигательных расстройств
61. При прорыве крови в желудочковую систему:
    1) углубляются расстройства сознания
    2) появляются горметонические судороги
    3) отсутствуют нарушения витальных функций
    4) появляются холодный пот, гипертермия
    5) отсутствует вегетативная симптоматика
62. При острой гипертонической энцефалопатии:
    1) преобладают грубо выраженные общемозговые симптомы
    2) никогда не бывает вегетативно-сосудистых реакций
    3) на первый план выступает диффузная головная боль сопровождающаяся тошнотой и рвотой
    4) преобладают грубо выраженные очаговые симптомы
63. Для спастико-атрофического синдрома при хронической шейной ишемической миелопатии характерна симптоматика поражения:
    1) переднего рога спинного мозга
    2) бокового столба (пирамидная недостаточность)
    3) заднего рога спинного мозга
    4) задних столбов спинного мозга
64. Для острой ишемии грудных сегментов спинного мозга характерно:
    1) полная вялая нижняя параплегия
    2) полная спастическая нижняя параплегия
    3) тотальная анестезия нижних конечностей
    4) нарушение функции тазовых органов
65. При диагностике вирусного энцефалита:
    1) в ЦСЖ обнаруживается лимфоцитарный плеоцитоз
    2) в ЦСЖ белок понижается
    3) в периферической крови изменения отсутствуют
    4) в периферической крови выявляются лейкоцитоз, повышение СОЭ
66. Герпетический энцефалит характеризуется:
    1) быстрым развитием менингеальных симптомов
    2) отсутствием эпилептического синдрома
    3) легким течением, быстрым выздоровлением
    4) крайне тяжелым течением, высокой смертностью
67. При гриппозном энцефалите:
    1) возможно развитие неврологических симптомов через 1-2 недели после гриппа
    2) характерен умеренный менингеальный синдром
    3) часто имеются признаки поражения периферической нервной системы
    4) течение обычно благоприятное
68. Особенностями ревматического энцефалита являются:
    1) развитие гиперкинезов
    2) отсутствие гиперкинезов
    3) отсутствие психических расстройств

4) наличие выраженных вегетативных расстройств

69. В ранней стадии менингита:
    1) часто возникает рвота, не связанная с приемом пищи
    2) рвота всегда связана с приемом пищи
    3) возможны судороги
    4) судорог никогда не бывает
    5) возможно психомоторное возбуждение
70. При подозрении на менингит в ЦСЖ исследуются:
    1) ликворное давление
    2) белок
    3) сахар и хлориды
    4) клеточный состав
    5) микроорганизмы
71. При менингите, вызванном вирусами герпеса:
    1) показано назначение РНК-азы
    2) показано назначение ДНК-азы
    3) эффективен ацикловир
    4) неэффективен ацикловир
    5) разгрузочные люмбальные пункции не показаны
72. Бляшки при рассеянном склерозе наиболее часто локализуются:
    1) в зрительном бугре
    2) в зрительных нервах
    3) в боковых канатиках спинного мозга
    4) в мозжечке
73. Поражения зрительного нерва при рассеянном склерозе проявляются:
    1) ощущением нечеткости изображения
    2) преходящей слепотой
    3) снижением остроты зрения
    4) скотомами

74. Церебральная форма рассеянного склероза характеризуется:
    1) нистагмом
    2) нарушением психики
    3) нарушением зрения
    4) интенционным дрожанием
    5) тазовыми нарушениями
75. При синдроме запястного канала:
    1) болевая чувствительность не страдает
    2) имеют место онемение и парестезии в I, II, III пальцах
    3) возникает слабость мышцы, противопоставляющей 1-палец
    4) при перкуссии зоны запястного канала возникают парестезии в кисти
76. Отметьте симптомы невропатии лицевого нерва:
    1) снижение чувствительности в половине лица
    2) парез мимических мышц половины лица
    3) слезотечение или сухость глаз
    4) расходящееся косоглазие
    5) гиперакузия
77. При диабетической полиневропатии:
    1) рано развиваются нарушения вибрационной чувствительности и снижение ахилловых рефлексов
    2) вибрационная чувствительность практически не страдает
    3) боли могут нарастать под влиянием тепла и в покое
    4) не возникает нарушений вегетативной иннервации
78. При поражении верхнего первичного ствола плечевого сплетения:
    1) отсутствуют двигательные расстройства
    2) невозможно отведение руки в плечевом суставе и сгибание ее в локтевом
    3) движения пальцев руки и кисти сохраняются
    4) снижена чувствительность по наружному краю плеча и предплечья
79. Раннему развитию остеохондроза и его клиническим проявлениям способствуют:
    1) наличие переходных пояснично-крестцовых позвонков
    2) расщепление дужек позвонков
    3) шейные ребра
    4) узость позвоночного канала
80. При компрессии корешка S_1:
    1) нарушена чувствительность по наружной поверхности стопы
    2) снижается или исчезает ахиллов рефлекс

3) снижается или исчезает коленный рефлекс
4) нарушена чувствительность по передней поверхности бедра

81. Алкогольная полиневропатия:
1) чаще развивается подостро
2) никогда не проявляется парезами и параличами
3) характеризуется парестезиями в дистальных отделах конечностей, болезненностью в икроножных мышцах
4) часто проявляется парезами и параличами, более выраженными в ногах

82. В паралитической стадии полиомиелита:
1) развитию параличей предшествуют фасцикуляции
2) отмечается повышенная чувствительность мышц к давлению
3) чаще параличи достигают максимума в течение первых суток
4) никогда не страдают межреберные мышцы и диафрагма

83. Синдром малой грудной мышцы (гиперабдукторный синдром) возникает:
1) иммобилизацией при переломе плечевой кости
2) при сильном отведении руки при наркозе
3) при длительной работе с поднятыми вверх руками
4) сон, с запрокинутой за голову рукой

84. В основе развития лекарственных полиневропатий лежат:
1) нарушение обменных процессов в миелиновых оболочках нервов
2) изменение раздражимости и проводимости
3) блокирование нервно-мышечной передачи
4) дегенеративный процесс в позвоночнике

85. Синдром передней лестничной мышцы (скаленус-синдром) может развиться вследствие:
1) локального поражения передней лестничной мышцы в сочетании со сдавлением плечевого сплетения и подключичной артерии
2) аномалии позвоночника и верхней апертуры грудной клетки
3) увеличения поперечного отростка C_7
4) вирусного поражения вегетативных структур
5) наличия шейных ребер

86. Задний шейный симпатический синдром (синдром Барре-Льеу) характеризуется:
1) краниалгией и расстройством чувствительности в области лица
2) кохлеовестибулярными расстройствами
3) зрительными расстройствами
4) мозжечковыми расстройствами

87. Для невралгии затылочного нерва характерны:
1) боль в околоушной области
2) боль в области затылка с иррадиацией в надплечье
3) болезненность при пальпации остистых отростков C_3-C_7
4) напряжение мышц шеи
5) болезненность при повороте головы в противоположную сторону

88. Основные симптомы опухоли головного мозга:
1) симптомы отека мозга
2) очаговые симптомы
3) менингеальный синдром
4) повышение содержания белка в ликворе
5) повышение содержания нейтрофилов в ликворе

89. Симптомы, характерные для опухолей лобной доли:
1) гемипарез
2) моторная афазия
3) джексоновские двигательные припадки
4) нарушения чувствительности

90. Симптомы, характерные для опухоли верхнегрудного отдела спинного мозга (экстрамедуллярной):
1) боль при поколачивании над остистыми отростками позвонков
2) тетрапарез
3) нижний парапарез
4) нарушение функций тазовых органов

91. Симптоматика, характерная для опухоли конского хвоста:
1) корешковые боли
2) нарушение тазовых функций
3) нижний спастический парапарез
4) гипестезия в области промежности и нижних конечностей
5) нижний вялый парапарез (часто ассиметричный)

92. При ушибе головного мозга:
1) нарушения сознания могут быть длительными и глубокими

2) не бывает менингеальных симптомов
3) выражены очаговые симптомы
4) возможны эпилептические припадки

93. Появление очаговой неврологической симптоматики при ЧМТ характерно для:
1) контузии головного мозга
2) сотрясения головного мозга
3) травматического субарахноидального кровоизлияния
4) травматической субдуральной гематомы
5) всего перечисленного

94. Для сдавления головного мозга травматической внутричерепной гематомой характерны симптомы:
1) расстройство сознания
2) наличие «светлого промежутка»
3) смещение М-Эхо при Эхо-ЭГ
4) брадикардия

95. Для каротидно-кавернозного соустья как осложнения острой ЧМТ характерны:
1) менингеальные симптомы
2) пульсирующий шум в голове
3) экзофтальм
4) нейтрофильный плеоцитоз в ликворе

96. У больного, с впервые возникшим судорожным припадком необходимо исключить:
1) опухоль головного мозга
2) абсцесс мозга
3) менингоэнцефалит
4) субарахноидальное кровоизлияние

97. При наличии судорожного синдрома в диагностическом плане целесообразно проведение:
1) электроэнцефалографии
2) эхоэнцефалографии
3) исследования глазного дна
4) компьютерной томографии

98. При эпилепсии генетически предопределены:
1) судорожная готовность мозга
2) состояние клеточных мембран
3) эпилептизация нейронов
4) энергетический баланс клетки

99. Клинические проявления парциального эпилептического припадка:
1) сложный
2) petit mal
3) grand mal
4) простой

100. Для классической (офтальмической) формы мигрени характерны:
1) предвестники в виде обонятельных и слуховых галлюцинаций
2) предвестники в виде преходящей гемианопсии, фотопсий
3) расширение и напряженность височной артерии
4) слезотечение, покраснение глазных яблок на стороне боли
5) отсутствие гиперсаливации, тошноты, рвоты

ВАРИАНТ № 2

Выбрать один правильный ответ:

1. Закупорку экстракраниального отдела позвоночной артерии от закупорки интракраниального ее отдела отличает наличие:
1) классических альтернирующих синдромов
2) глазодвигательных расстройств
3) двигательных и чувствительных нарушений
4) «пятнистости» поражения ствола по длиннику
5) вестибуломозжечковых нарушений

2. К симптомам, характерным для поражения левой передней мозговой артерии, относятся:
1) нарушение психики
2) преобладание пареза в ноге
3) хватательный рефлекс
4) апраксия левой руки
5) все перечисленное

3. Наиболее частая картина глазного дна при ишемическом инсульте:
1) норма
2) кровоизлияния в сетчатку
3) ангиосклероз сетчатки
4) застойный диск зрительного нерва

4. Поздние формы нейросифилиса встречаются в виде:
1) менинговаскулярного (или васкулярного) сифилиса

2) гуммы мозга
3) спинной сухотки
4) бессимптомного поражения оболочек
5) всего перечисленного

5. Арахноидит задней черепной ямки необходимо дифференцировать от:
1) опухоли той же локализации
2) синдрома Арнольда-Киари
3) синдрома Клиппеля-Фейля
4) всего перечисленного
5) опухоли той же локализации и от синдрома Арнольда-Киари

6. Частыми возбудителями СПИД-ассоциированных инфекций нервной системы являются:
1) микобактерии туберкулеза
2) аденовирусы
3) кандиды
4) листерии
5) вирусы простого герпеса

7. Феномен «Клиническая диссоциация» при рассеянном склерозе характеризуется наличием:
1) горизонтального нистагма в сочетании с отсутствием брюшных рефлексов
2) центральных парезов в конечностях с отсутствием расстройств чувствительности
3) расстройств чувствительности сегментарного и проводникового типа на фоне легкого центрального пареза конечностей
4) центральных парезов в конечностях в сочетании с мышечной гипотонией

8. К злокачественным опухолям головного мозга относится:
1) невринома
2) холестеатома
3) аденома гипофиза
4) краниофарингиома
5) глиобластома

9. К опухолям задней черепной ямки относится:
1) спонгиобластома
2) аденома гипофиза
3) медуллобластома
4) краниофарингиома
5) хордома

10. Для тенториального (намета мозжечка) синдрома Бурденко-Крамера характерны:
1) боли в глазных яблоках
2) светобоязнь
3) кохлеовестибулярные расстройства
4) боли в глазных яблоках и светобоязнь
5) все перечисленное

11. Наиболее часто встречаются невриномы нерва:
1) зрительного
2) тройничного
3) слухового
4) подъязычного
5) добавочного

12. Для офтальмологической стадии супраселлярного роста аденомы гипофиза характерны:
1) гомонимная гемианопсия
2) биназальная гемианопсия
3) битемпоральная гемианопсия
4) все перечисленное

13. При конвекситальной локализации опухоли височной доли галлюцинации чаще бывают:
1) зрительные
2) слуховые
3) обонятельные
4) все перечисленные

14. Эпидуральные гематомы часто сопровождаются:
1) переломами костей черепа
2) назальной ликвореей
3) ушной ликвореей
4) вентрикулярными гематомами
5) пневмоцефалией

15. Назальная ликворея часто сопровождается:
1) повреждением венозных синусов
2) повреждением продырявленной пластинки сошника
3) переломом теменной кости
4) эпидуральной гематомой задней черепной ямки
5) жировой эмболией сосудов головного мозга

16. К последствиям перенесенной тяжелой ЧМТ относится:

1) синдром Броун-Секара
2) параэнцефалия
3) пролактинома
4) дермоид
5) краниосиностоз

17. Люмбальная пункция противопоказана при:
1) лицевом гемисиндроме
2) назальной ликворее
3) синдроме дислокации головного мозга
4) посттравматическом менингите
5) сотрясении головного мозга

18. Для осложненного перелома шейного отдела позвоночника характерен:
1) грубый горизонтальный нистагм
2) верхний парапарез
3) внутренняя гидроцефалия
4) нижний парапарез
5) тетрапарез

19. Причиной люмбаго является раздражение:
1) дурального мешка
2) спинальных корешков
3) межпозвонковых суставов
4) межпозвонкового диска
5) задней продольной связки

20. Для поражения бедренного нерва характерно нарушение:
1) сгибания голени
2) подошвенного разгибания стопы
3) тыльного разгибания стопы
4) ахиллова рефлекса
5) разгибания голени

21. Наиболее частой причиной вегетативных кризов являются:
1) тревожные невротические расстройства
2) черепно-мозговая травма
3) поражения гипоталамуса
4) пролапс митрального клапана
5) нейроинфекция

22. Поражение периферической вегетативной нервной системы проявляется следующими синдромами:
1) периферической вегетативной недостаточностью
2) ангиотрофалгическими синдромами
3) нейрогенной тетанией
4) кластерной головной болью
5) периферической вегетативной недостаточностью и ангиотрофалгическим синдромом

23. Преобладающим типом нарушения мочеиспускания при периферической вегетативной недостаточности является:
1) нарушение накопления мочи
2) нарушение опорожнения мочевого пузыря
3) императивные позывы на мочеиспускание
4) периодическое недержание мочи
5) все перечисленное

24. При невропатических болях жгучего характера наиболее эффективны:
1) антидепрессанты
2) антиконвульсанты
3) нестероидные противовоспалительные средства
4) симпатолитики
5) антидепрессанты и антиконвульсанты

25. Птоз при синдроме Горнера уменьшается при:
1) повторных движениях глаз
2) взгляде вверх
3) закапывании в глаз атропина
4) закапывании в глаз мезатона
5) всем перечисленном

26. Спинальная амиотрофия Верднига-Гоффманна наследуется по:
1) аутосомно-доминантному типу
2) аутосомно-рецессивному типу
3) рецессивному типу, сцепленному с полом (Х-хромосома)
4) доминантному типу, сцепленному с полом
5) аутосомно-доминантному типу и по доминантному типу, сцепленному с полом

27. Амиотрофия Шарко-Мари-Тута обусловлена первичным поражением:
1) передних рогов спинного мозга
2) периферических нервных волокон
3) мышц дистальных отделов конечностей
4) передних рогов спинного мозга и периферических нервных волокон
5) периферических нервных волокон и мышц дистальных отделов конечностей

28. Диагноз гепатолентикулярной дегенерации (болезни Вильсона-Коновалова) исключает отсутствие:
1) семейного анамнеза
2) кольца Кайзера-Флейшера

3) нормального уровня церулоплазмина
4) дрожания
5) ничего из перечисленного

29. Приступ при гипокалиемической форме пароксизмальной миоплегии обычно возникает:
1) во время тяжелой физической нагрузки
2) сразу после тяжелой физической нагрузки
3) в состоянии полного покоя днем
4) во время ночного сна
5) во всех перечисленных состояниях

30. Клиническая картина типичной болезни Гентингтона, кроме хореического гиперкинеза, включает:
1) ригидность
2) симптом «зубчатого колеса»
3) акинезию
4) гипомимию
5) деменцию

31. При эссенциальном дрожании тремор обычно имеет следующий характер:
1) тремор покоя
2) интенционный
3) постурально-кинетический
4) тремор покоя и интенционный
5) интенционный и постурально-кинетический тремор

32. При лечении болезни Паркинсона холинолитиками (циклодол, норакин) побочные симптомы проявляются:
1) затуманиванием зрения
2) двоением в глазах
3) слюнотечением
4) сухостью во рту
5) затуманиванием зрения и сухость во рту
6) двоением в глазах и слюнотечением

33. Среди спиноцеребеллярных атаксий болезнь Фридрейха отличается наличием:
1) деформации стопы
2) дизрафическим статусом
3) поражением мышцы сердца
4) снижением или выпадением рефлексов
5) всего перечисленного

34. Для семейной спастической параплегии (болезни Штрюмпеля) характерно поражение следующих спинальных анатомических структур:
1) пирамидных путей
2) мозжечковых путей
3) клеток передних рогов
4) задних канатиков спинного мозга
5) пирамидных путей и клеток передних рогов

35. Аномалией Арнольда-Киари называется патология, при которой имеется:
1) сращение шейных позвонков
2) сращение I шейного позвонка с затылочной костью
3) смешение вниз миндаликов мозжечка
4) расщепление дужки I шейного позвонка
5) все перечисленное

36. Симптом «вклинения» при проведении люмбальной пункции у больного с объемным спинальным процессом характеризуется:
1) усилением корешковых болей при сдавлении шейных вен
2) нарастанием неврологической симптоматики при давлении на переднюю брюшную стенку
3) усилением корешковых болей при сгибании головы к груди
4) нарастанием неврологической симптоматики после пункции

37. Главной причиной церебральной ишемии при остром инфаркте миокарда с нарушением ритма (кардиоцеребральный синдром) является:
1) повышение вязкости крови
2) повышение активности свертывающей системы
3) ухудшение реологических свойств крови
4) снижение системного перфузионного давления
5) повышение агрегации форменных элементов крови

38. Для тромбоза мозговых сосудов характерно:
1) наличие в анамнезе транзиторных ишемических атак
2) наличие симптомов предвестников
3) постепенное формирование очаговой симптоматики
4) малая выраженность общемозговой симптоматики
5) отсутствие смещения М-эхо

39. Показанием к гиперволемической гемодилюции при ишемическом инсульте является наличие:
1) анурии
2) сердечной недостаточности
3) артериального давления ниже 120/60 мм рт.ст.
4) артериального давления выше 200/100 мм рт.ст.
5) гематокрита 42%

40. При паренхиматозно-субарахноидальном кровоизлиянии обязательным является:
    1) утрата сознания
    2) кровянистый ликвор
    3) смещение срединного эхо-сигнала
    4) контралатеральный гемипарез
    5) все перечисленное
41. При кровоизлиянии в мозжечок наиболее часто наблюдается наличие:
    1) утраты сознания, гемипареза
    2) атаксии
    3) глазодвигательных расстройств
    4) утраты сознания, гемипареза и атаксии
    5) атаксии и глазодвигательных расстройств
42. Для дегидратирующей терапии гипертонического кровоизлияния в мозг при артериальном давлении 230/130 мм рт.ст. и осмолярности крови выше 300 мосм/л следует выбрать:
    1) мочевину
    2) стероиды
    3) маннитол
    4) лазикс
43. Витамин Е при остром нарушении мозгового кровообращения назначают с целью:
    1) коррекции лактацидоза
    2) коррекции гиперкоагуляции
    3) коррекции гиперагрегации
    4) торможения активации перекисного окисления липидов
    5) торможения активации антифибринолитической системы
44. Вегетативные симптомы холинергического криза снимаются введением:
    1) ганглиоблокаторов
    2) мышечных релаксантов
    3) атропина
    4) адреналина
    5) норадреналина
45. Следующие симптомы: психомоторное возбуждение, мидриаз, паралич аккомодации, тахикардия, уменьшение секреции слюнных желез, сухость кожных покровов служат проявлением передозировки:
    1) атропина
    2) прозерина
    3) ацетилхолина
    4) пилокарпина
    5) галантамин
46. При хронических заболеваниях бронхов и легких неврологические осложнения обусловлены развитием:
    1) ишемической (дисциркуляторной) гипоксии
    2) гипоксической гипоксии
    3) анемической гипоксии
    4) комбинированной гипоксии
47. При эритремии наиболее частым неврологическим осложнением является:
    1) полиневропатия
    2) дисциркуляторная энцефалопатия
    3) субарахноидальное кровоизлияние
    4) нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу
    5) дисциркуляторная энцефалопатия и ОНМК по ишемическому типу
48. При хронических панкреатитах наиболее часто наблюдается синдром:
    1) энцефалопатии
    2) невротический
    3) психотический
    4) полинейропатии
    5) судорожный
49. Для алкогольной полиневропатии характерно наличие:
    1) сухожильной гипо- или арефлексии
    2) нарушения глубокой чувствительности
    3) преимущественное поражение ног
    4) верно все перечисленное
    5) сухожильной гипо- или арефлексии и преимущественное поражение ног
50. Во время приступа генерализованной эпилепсии изменения со стороны зрачков характеризуются:
    1) анизокорией
    2) сужением
    3) расширением
    4) ничем из перечисленного

Выбрать все правильные ответы:

51. Очаговые симптомы, характерные для тромбоза правой средней мозговой артерии:
    1) сенсорная афазия
    2) левосторонний центральный гемипарез
    3) левосторонняя гемианопсия
    4) нарушения глотания
    5) правосторонняя гемигипестезия
52. Очаговые симптомы, характерные для тромбоза задней мозговой артерии:
    1) гомонимная гемианопсия
    2) зрительная агнозия

3) центральный гемипарез
4) моторная афазия
5) коматозное состояние

53. Этиологические факторы кровоизлияния в мозг:
1) гипертоническая болезнь
2) артерио-венозные мальформации
3) стеноз интракраниальных сосудов
4) системные васкулиты
5) болезни крови

54. Симптомы, характерные для геморрагического инсульта по типу гематомы:
1) внезапное начало
2) мерцание симптомов
3) нарушение сознания
4) менингеальные симптомы
5) повышенное АД

55. При преходящих нарушениях мозгового кровообращения в вертебробазилярном бассейне:
1) частым симптомом является системное головокружение
2) у многих больных возникает тошнота, рвота, икота, головная боль
3) никогда не возникают нарушения глотания, голоса, головная боль
4) нередко развиваются зрительные расстройства

56. При ишемическом инсульте:
1) наиболее часто заболевают люди моложе 40-летнего возраста
2) часто заболевают люди старше 40-летнего возраста
3) очаговые симптомы чаще преобладают над общемозговыми
4) общемозговые симптомы чаще преобладают над очаговыми

57. При окклюзии основного ствола средней мозговой артерии (СМА):
1) развивается обширный инфаркт
2) имеется основной дефект
3) возникает гемиплегия, гемианестезия, гемианопсия
4) при левополушарных инфарктах возникает моторная афазия
5) при правополушарных инфарктах возникает анозогнозия

58. При тромбозе кавернозного синуса характерно:
1) экзофтальм
2) западение глазного яблока
3) отек и венозная гиперемия век, глазниц, корня носа
4) гиперестезия в области иннервации верхней ветви тройничного нерва
5) офтальмоплегия

59. При кровоизлиянии в мост мозга:
1) более характерен миоз
2) более характерен мидриаз
3) взор обращен в сторону пораженных конечностей
4) не характерны ранние изменения мышечного тонуса

60. Гипертоническая энцефалопатия:
1) это тяжелое прогредиентное заболевание головного мозга
2) связана с развитием фильтрационного отека и набухания мозга
3) возникает при злокачественном течении гипертонической болезни
4) никогда не сопровождается отеком диска зрительного нерва

61. Для хронической шейной ишемической миелопатии характерны:
1) атрофический синдром
2) синдром Валленберга-Захарченко
3) сирингомиелический синдром
4) спастический синдром

62. Для ишемии пояснично-крестцовых сегментов спинного мозга характерно:
1) постепенное появление (при прохождении небольшого расстояния) усталости в ногах
2) внезапное появление (при прохождении небольшого расстояния) усталости в ногах
3) слабость в одной или двух ногах после прохождения небольшого расстояния
4) парестезии в ногах, иногда в нижней части туловища
5) тазовые расстройства в виде императивного позыва к мочеиспусканию

63. В первые дни болезни при клещевом энцефалите:
1) выражены общемозговые симптомы
2) сознание нарушается вплоть до комы
3) выражены оболочечные симптомы
4) психические расстройства отсутствуют

64. В отношении герпетического энцефалита справедливо:
1) заболевают люди преимущественно среднего возраста

2) заболевают преимущественно дети и люди пожилого возраста
3) целесообразно проведение КТ в ранние сроки заболевания

65. Коревой энцефалит:
1) развивается на 3-5 день после появления сыпи
2) часто сопровождается тяжелыми нарушениями сознания
3) может давать нарушения функции тазовых органов
4) протекает легко
5) дает летальность до 25 %

66. Серозными по характеру являются:
1) туберкулезный менингит
2) менингит, вызванный ECHO-вирусами
3) менингококковый менингит
4) бруцеллезный менингит

67. Диагноз менингита устанавливается на основе сочетания:
1) общеинфекционного процесса
2) выраженной очаговой симптоматики
3) оболочечного (менингеального) синдрома
4) воспалительных изменений ЦСЖ

68. При менингите:
1) глазное дно чаще не изменено, возможна венозная гиперемия, отек диска зрительного нерва
2) обычно развивается мышечная гипотония
3) глубокие рефлексы обычно оживлены
4) глубокие рефлексы обычно снижены

69. ЦСЖ при гнойных менингитах:
1) обычно мутная
2) обычно вытекает под пониженным давлением
3) имеет пониженное содержание белка
4) содержит большое количество лимфоцитов (репаративная фаза)
5) содержит большое количество нейтрофилов (острая экссудативная фаза)

70. Туберкулезный менингит:
1) характеризуется острым началом
2) сопровождается субфебрильной температурой
3) сопровождается гектической лихорадкой
4) не сопровождается глазодвигательными нарушениями
5) часто дает глазодвигательные расстройства

71. При рассеянном склерозе:
1) наиболее часто симптоматика начинается с поражения зрительного нерва
2) никогда не исчезают брюшные рефлексы
3) характерно исчезновение поверхностных брюшных рефлексов
4) возможно начало заболевания с глазодвигательных расстройств

72. Триада Шарко при рассеянном склерозе включает:
1) скандированную речь
2) моторную афазию
3) нистагм
4) акинетико-ригидный синдром
5) интенционный тремор

73. Спинальная форма рассеянного склероза характеризуется:
1) нистагмом
2) нарушением психики
3) нижним спастическим парапарезом
4) интенционным дрожанием
5) тазовыми нарушениями

74. Симптомы, характерные для опухолей височной доли:
1) слуховые, обонятельные галлюцинации
2) моторная афазия
3) гомонимная гемианопсия (или квадрантная)
4) сенсорная афазия

75. Клинические проявления общемозговой симптоматики при гипертензионном синдроме:
1) приступообразные ночные головные боли
2) застойные диски зрительных нервов
3) расстройства сознания
4) акромегалия

76. Для опухоли верхнешейного отдела спинного мозга характерны:
1) боль при движении головы

2) боль, иррадиирующая по верхним конечностям
3) вялый парез верхних конечностей и центральный парез нижних конечностей
4) спастический тетрапарез

77. Симптоматика, характерная для экстрамедуллярной опухоли:
1) корешковые боли
2) нарушение тазовых функций
3) нижний спастический парапарез
4) гипестезия в области промежности и нижних конечностей
5) нижний вялый парапарез (часто ассиметричный)

78. В генезе симптоматики при сотрясении головного мозга имеют значение:
1) наличие «гидродинамического удара»
2) обратимые функциональные нарушения межнейрональных связей
3) стойкие органические нарушения межнейрональных связей
4) рефлекторно-сосудистые реакции

79. При травматических эпидуральных гематомах:
1) часто бывает светлый промежуток
2) общемозговые симптомы носят нарастающий характер
3) не бывает очаговой симптоматики
4) быстро могут присоединяться стволовые нарушения

80. Для перелома основания черепа в области передней черепной ямки характерны симптомы:
1) назорея
2) «поздние» очки
3) психомоторное возбуждение
4) повреждение лицевого нерва по периферическому типу

81. Для перелома основания черепа передней черепной ямки характерны:
1) назорея
2) оторея
3) «поздние» очки
4) повреждение лицевого нерва

82. Для последствий ЧМТ характерны:
1) частые головные боли
2) судорожные припадки
3) снижение зрения
4) рвота

83. При истерическом припадке:
1) сознание отсутствует
2) зрачки не реагируют на свет
3) отсутствует непроизвольное мочеиспускание
4) не бывает ушибов, прикусов языка

84. Аура большого судорожного припадка:
1) у одного и того же больного носит стереотипный характер
2) видоизменяется от припадка к припадку
3) продолжается несколько часов
4) продолжается несколько секунд

85. Основные тормозные нейромедиаторы при эпилепсии:
1) ГАМК
2) серотонин
3) глутамат
4) норадреналин
5) гистамин

86. Клинические проявления генерализованного эпилептического припадка:
1) сложный
2) petit mal
3) grand mal
4) простой

87. Клинические проявления височной эпилепсии:
1) фокальные судороги
2) вегетативно-висцеральные кризы
3) психоэмоциональные нарушения
4) приступы парестезии

88. При невропатии срединного нерва:
1) кисть напоминает по форме «обезьянью лапу»
2) нарушаются движения I, II, III-го пальцев
3) нарушаются пронация и ладонное сгибание кисти
4) боли часто носят каузалгический характер

89. При невралгии тройничного нерва:
1) болевые пароксизмы продолжаются от нескольких секунд до нескольких минут
2) на лице имеются триггерные зоны (точки), раздражение которых провоцирует болевой пароксизм
3) болевой приступ сопровождается выраженными вегетативными проявлениями
4) для лечения не используется финлепсин

90. При свинцовой полиневропатии:
1) чаще поражаются лучевой и малоберцовый нервы
2) никогда не поражаются лучевой и малоберцовые нервы

3) часто развивается анемия
4) могут возникать коликообразные боли в животе

91. При поражении нижнего первичного ствола плечевого сплетения:
1) возникает паралич и атрофия мелких мышц кисти, сгибателей пальцев
2) движения плеча и предплечья сохранены
3) болевая чувствительность не нарушена
4) выявляется гипалгезия по внутренней поверхности предплечья, на кисти и пальцах в зоне иннервации локтевого нерва

92. В натянутом и сдавленном спинномозговом корешке возникают:
1) отек
2) венозный застой
3) асептическое воспаление

93. При компрессии корешка L_V:
1) боль иррадиирует по наружной поверхности бедра и передней поверхности голени
2) отмечается гипотрофия и слабость длинного разгибателя большого пальца
3) при его изолированном повреждении глубокие рефлексы остаются нормальными
4) при его изолированном повреждении глубокие рефлексы грубо страдают

94. При алкогольной полиневропатии:
1) никогда не бывает вазомоторных, трофических и секреторных расстройств
2) возникают расстройства болевой и температурной чувствительности по типу «перчаток» и «носков»
3) часто снижается мышечно-суставное чувство
4) не развиваются расстройства чувствительности

95. При полиомиелите:
1) основной путь заражения - через пищеварительный тракт
2) заражение происходит воздушно-капельным путем
3) возможны абортивные случаи заболеваний
4) распространение вируса идет периневрально

96. Для лечения герпетической полирадикулоневропатии показано:
1) витамины группы В
2) плазмоферез
3) антихолинэстеразные средства
4) ацикловир, зовиракс

97. К поражению эпиконуса приводят:
1) дегенеративно-дистрофические процессы в позвоночнике
2) нарушения кровообращения в бассейне артерии Депройджа-Готтерона
3) поражение копчикового сплетения (кокцикодиния)

98. Поражение периферической нервной системы при узелковом периартериите характеризуется:
1) множественными ассиметричными мононевритами
2) наличием плотных узелков в коже и подкожно-жировой клетчатке по ходу сосудов
3) демиелинизирующей дегенерацией нервных волокон
4) дебютом в виде полиневромиозита
5) дебютом в виде рассеянного энцефаломиелита

99. Туберкулезный спондилит (Болезнь Потта) характеризуется:
1) гнойным процессом на эпидуральной клетчатке
2) компрессией корешков и спинного мозга деформированными позвонками и их секвестрами
3) клиновидной деформацией позвонков
4) симптомами, характерными для фуникулярного миелоза
5) симптомами, характерными для хронической туберкулезной интоксикации

100. В развитии остеопороза позвоночника играет роль:
1) недостаточность половых гормонов
2) повышение активности щитовидной железы
3) снижение уровня фосфора и кальция в крови

Приложение 2

Практические навыки

1.Вызовите рефлекс с сухожилия двуглавой мышцы.

2.Вызовите рефлекс с сухожилия трехглавой мышцы.

3.Вызовите пястно-лучевой рефлекс.

4.Вызовите коленный рефлекс.

5.Вызовите ахиллов рефлекс.

6.Вызовите нормальный подошвенный рефлекс.

7.Исследуйте у больного корнеальный рефлекс.

8.Вызовите у пациента симптом Бабинского.

9.Вызовите у больного симптом Оппенгейма.
10. Вызовите симптом Бехтерева.
11. Вызовите брюшные рефлексы.
12. Выявите у больного симптом "орального автоматизма".
13. Определите у больного наличие клонуса стоп.
14. Определите у больного мышечный тонус с центральным параличом.
15. Определите мышечный тонус у больного с периферическим параличом.
16. Определите мышечный тонус у больного с паркинсонизмом.
17. Определите мышечный тонус у больного с хореей.
18. Исследуйте больного в позе Ромберга.
19. Определите у больного наличие интенционного тремора.
20. Выполните у больного пальце-носовую пробу.
21. Определите у больного адиадохокинеза.
22. Проведите у больного усложнённую позу Ромберга.
23. Исследуйте у больного латеропульсию.
24. Проведите у больного пробу Барре.
25. Проверьте у больного наличие спастической походки.
26. Проверьте у больного наличие "петушиной" походки.
27. Проведите у больного пробу на выявление туловищной атаксии.
28. Определите у больного наличие пареза или паралича.
29. Выявите у больного наличие гемипареза.
30. Выявите у больного наличие парапареза.
31. Определите наличие у больного атрофий.
32. Определите у больного патологический рефлекс Гордона.
33. Определите у больного наличие патологического рефлекса Шефера.
34. Определите у больного патологический рефлекс Россолимо.
35. Определите у больного патологический рефлекс Жуковского.
36. Определите у больного рефлекс Бехтерева-Менделя.
37. Определите у больного наличие хоботкового рефлекса.
38. Определите у больного сосательный рефлекс.
39. Определите у больного рефлекс Маринеско-Родовичи.
40. Определите у больного рефлекс Бабинского.
41. Исследуйте у больного тактильную чувствительность.
42. Исследуйте у больного болевую чувствительность.
43. Исследуйте у больного температурную чувствительность.
44. Исследуйте у больного суставно-мышечное чувство.
45. Исследуйте у больного вибрационную чувствительность.
46. Определите проводниковый тип чувствительных расстройств.
47. Определите сегментарный тип нарушения чувствительности.
48. Определите полиневритический тип расстройства чувствительности.
49. Определите корешковый тип расстройства чувствительности.
50. Исследуйте у больного симптом Нери.
51. Исследуйте у больного симптом Лассега.
52. Исследуйте у больного симптом Вассермана.

53. Определите у больного чувство стереогноза.
54. Исследуйте реакцию зрачка на свет/прямую и содружественную/.
55. Исследуйте у больного конвергенцию.
56. Исследуйте у больного глазодвигательные функции.
57. Выявите у больного наличие нистагма.
58. Выявите у больного наличие анизокории.
59. Выявите у больного наличие диплопии.
60. Определите у больного наличие страбизма.
61. Выявите у больного наличие птоза.
62. Определите наличие центрального пареза лицевого нерва.
63. Определите наличие периферического пареза лицевого нерва.
64. Определите у больного наличие феномена Белла.
65. Определите у больного наличие лагофтальма.
66. Выявите у больного глоточный рефлекс.
67. Определите у больного девиацию языка.
68. Исследуйте у больного функцию мягкого нёба.
69. Определите у больного наличие бульбарного паралича.
70. Определите у больного наличие псевдобульбарного паралича.
71.Исследуйте у больного ригидность мышц шеи.
72.Исследуйте у больного симптом Кернига.
73.Исследуйте у больного симптом Брудзинскго/верхний или нижний/.
74. Исследуйте у больного брюшной рефлекс.
75.Выявите у больного синдром Броун-Секара.

Приложение 3

Теоритичкеская часть

1. Эмбриогенез нервной системы. Основные этапы развития нервной системы.
2. Врожденные пороки развития нервной системы. Аномалии головного и спинного мозга.
3. Врожденные пороки развития нервной системы. Аномалии черепа и позвоночника.
4. Гематоэнцефалический барьер. Роль его в патологии нервной системы.
5. Спинной мозг. Его развитие в онтогенезе. Особенности строения и функционирования.
6. Периферическая нервная система (корешки, сплетения, периферические нервы). Анатомо-физиологические особенности.
7. Вегетативная нервная система. Анатомо-физиологические особенности. Надсегмернарный и сегментарный уровни регуляции вегетативной нервной системы.
8. Симпатический и парасимпатический отделы вегетативной нервной системы. Анатомо-физиологические особенности. Синдромы поражения.
9. Методология построения топического и нозологического диагнозов.
10. Корково-мышечный путь. Центральный мотонейрон: строение. Синдромы поражения центрального мотонейрона (кора головного мозга, лучистый венец, внутренняя капсула). Клиническое значение.
11. Корково-мышечный путь. Клинические особенности поражения корково-мышечного пути на уровне ствола мозга. Альтернирующие синдромы. Клиническое значение.
12. Корково-мышечный путь. Периферический мотонейрон. Синдромы поражения периферического мотонейрона (на уровне переднего рога, корешка, сплетений). Клиническое значение.
13. Рефлекторная дуга, круг, кольцо: строение, функционирование. Уровни замыкания рефлексов (на уровне спинного мозга, ствола мозга, подкорково-корковом).
14. Физиологические (поверхностные и глубокие) рефлексы. Основные патологические рефлексы. Защитные спинальные рефлексы. Клиническое значение.
15. Регуляция мышечного тонуса: спинальная рефлекторная дуга, гамма-система. Надсегментарные уровни регуляции мышечного тонуса. Исследование мышечного тонуса. Значение в клинической практике.
16. Центральный и периферический парезы (параличи). Изменения мышечного тонуса, рефлексов и трофики мышц.
17. Клинические особенности поражения на уровне периферического нерва и нервно-мышечного синапса.
18. Параклинические методы исследования: электромиография, электронейромиография. магнитная стимуляция с определением моторных потенциалов.
19. Параклинические методы исследования: исследование уровня креатинфосфокиназы в сыворотке крови, биопсия мышц и нервов.
20. Чувствительность: экстероцептивная, проприоцептивная. Пути поверхностной и глубокой чувствительности. Синдромы поражения. Клиническое значение.
21. Сложные виды чувствительности (чувство локализации раздражения, дискриминационное, двумерно-пространственное, стереогноз). Синдромы поражения. Клиническое значение.
22. Виды расстройств чувствительности (гипо- и гиперестезия, парестезия и боль, дизестезия, гиперпатия, аллодиния, каузалгия). Диссоциированный тип расстройства чувствительности. Клиническое значение.
23. Периферический, сегментарный, проводниковый, корковый типы расстройств чувствительности.
24. Нейрофизиологические, нейрохимические и психологические аспекты боли.
25. Антиноцицептивная система. Острая и хроническая боль. Центральная боль. «Отраженные» боли.
26. Параклинические методы исследования чувствительных нарушений: электронейромиография, исследование Н-рефлекса, соматосенсорные вызнанные потенциалы.
27. Чувствительные и двигательные расстройства при поражении шейных и грудных сегментов спинного мозга. Клиническое значение.
28. Чувствительные и двигательные расстройства при поражении поясничных и крестцовых сегментов спинного мозга. Клиническое значение.
29. Чувствительные и двигательные расстройства при поражении передних, задних корешков, сплетений и периферических нервов. Клиническое значение.
30. Синдром Броун-Секара. Клиническая характеристика и значение.
31. Синдром поражения спинного мозга (его поперечника) на уровне шейного и поясничного утолщений. Клиническое значение.
32. Сирингомиелический синдром. Клиническое значение.
33. Параклинические методы исследования: МРТ и КТ позвоночника. Электронейромиография (исследование Н-рефлекса и F-волны, магнитная стимуляция с проведением моторных потенциалов).
34. Продолговатый мозг. Проводящие пути продолговатого мозга. Бульбарная группа черепно-мозговых нервов (IX, X, XI, XII пары). Клиническое значение бульбарных расстройств.
35. Варолиев мост. Проводящие пути Варолиева моста. Черепно-мозговые нервы мосто-мозжечкового угла (V, VII, VIII пары). Клиническое значение мостовых расстройств.
36. Синдром поражения ножки мозгового ствола. Клиническое значение.

37. Средний мозг. Особенности строения. Мезэнцефальная группа черепно-мозговых нервов. Синдромы поражения.
38. I пара – обонятельный нерв и обонятельная система. Симптомы и синдромы поражения. Клиническое значение.
39. II пара – зрительный нерв и зрительная система. Признаки поражения зрительной системы на различных уровнях. Клиническое значение.
40. Нейроофтальмологические и параклинические методы исследования зрительной системы (исследование глазного дна, зрительно вызванные потенциалы).
41. III, IV и VI пары – глазодвигательный, блоковый, отводящий нервы, глазодвигательная система. Симптомы и синдромы поражения. Клиническое значение.
42. Медиальный продольный пучок и межъядерная офтальмоплегия. Регуляция взора. Корковый и стволовой парез взора.
43. Окулоцефальный рефлекс, зрачковый рефлекс и признаки его поражения. Виды и причины анизокории. Синдром Аргайла-Робертсона, синдром Эйди.
44. V пара – тройничный нерв, синдромы расстройств чувствительности (периферический, ядерный, стволовой, полушарный). Синдромы поражения V пары. Клиническое значение.
45. VII пара – лицевой нерв. Центральный и периферический парез мимической мускулатуры, клинические проявления поражения лицевого нерва на разных уровнях. Вкус и его расстройства.
46. VIII пара – преддверно-улитковый нерв, слуховая и вестибулярная системы; роль вестибулярного аппарата в координации движений, равновесия, позы.
47. Признаки поражения VIII пары на различных уровнях. Нистагм, вестибулярное головокружение, вестибулярная атаксия. Синдром Меньера.
48. IX и X пары - языкоглоточный и блуждающий нервы, вегетативные функции блуждающего нерва; признаки поражения на разных уровнях. Бульбарный и псевдобульбарный синдромы.
49. XI пара – добавочный нерв. Признаки поражения на разных уровнях. Клиническое значение.
50. XII пара – подъязычный нерв, признаки поражения, центральный и периферический парез мышц языка.
51. Строение и основные связи экстрапирамидной системы, роль в организации движений. Участие в организации движений путем обеспечения позы, мышечного тонуса, стереотипных автоматизированных движений.
52. Нейрофизиологические и нейрохимические механизмы регуляции деятельности экстрапирамидной системы. Основные нейротрансмиттеры: дофамин, ацетилхолин, ГАМК.
53. Акинетико-ригидный синдром. Гипокинезия (олиго- и брадикинезия). Ригидность и мышечная гипотония. Клиническое значение синдрома.
54. Гиперкинезы, тремор, мышечная дистония, хорея, тики, гемибаллизм, атетоз, миоклонии. Клиническое значение.
55. Нейропатофизиология экстрапирамидных двигательных расстройств, методы фармакологической коррекции.
56. Мозжечок и вестибулярная система. Анатомо-физиологические особенности. Афферентные и эфферентные связи, роль в организации движений. Методы исследования координации движений.
57. Симптомы и синдромы поражения мозжечка (атаксия, диссинергия, нистагм, дизартрия, мышечная гипотония).
58. Атаксии: мозжечковая, вестибулярная, лобная, сенситивная. Патофизиология и фармакологические методы коррекции.
59. Лимбико-гипоталамо-ретикулярный комплекс. Функциональное значение. Синдромы поражения.
60. Симптомы и синдромы поражения периферического отдела вегетативной нервной системы: периферическая вегетативная недостаточность. Синдром Рейно.
61. Физиология произвольного контроля функций мочевого пузыря. Нейрогенный мочевой пузырь.
62. Синдромы нарушения функций тазовых органов: задержка и недержание мочи, императивные позывы на мочеиспускание; истинное, периодическое и парадоксальное недержание мочи. Клиническое значение.
63. Строение и функции оболочек головного и спинного мозга. Менингеальный синдром: проявление, диагностика. Клиническое значение.
64. Цереброспинальная жидкость: функциональное значение, образование, циркуляция, резорпция.
65. Гипотензионный синдром: основные клинические и параклинические признаки.
66. Дислокационный синдром. Причины возникновения. Виды дислокаций. Клиническое значение.
67. Гипертензионный синдром: гидроцефалия врожденная и приобретенная, открытая и окклюзионная, врачебная тактика. Лекарственная коррекция внутричерепной гипертензии.
68. Анатомо-физиологические основы регуляции сознания, бодрствования, сна; ретикулярная формация ствола мозга и ее связи с корой головного мозга.
69. Формы нарушения сознания: оглушенность, сопор, кома, акинетический мутизм.
70. Комы. Виды ком. Дифференцированный подход к диагностике ком. Особенности клинических проявлений.
71. Хронические вегетативные состояния. Смерть мозга.

72. Электрофизиология. Методы исследования ЭЭГ.
73. Физиология сна и бодрствования. Механизмы регуляции. Нарушения сна и бодрствования. Клиническое значение.
74. Основные принципы строения и функции, проблема локализации функций в мозге. Функциональная асимметрия полушарий мозга. Представление о системной организации психических функций.
75. Афазия (моторная, сенсорная, амнестическая, семантическая).
76. Апраксии (конструктивная, пространственная, идеомоторная).
77. Агнозии (зрительные, слуховые, обонятельные), астереогнозис, анозогнозия, аутотопагнозия.
78. Дисмнестический синдром. Корсаковский синдром. Деменция. Олигофрения.
79. Значение нейропсихологических исследований в неврологической клинике.
80. Синдромы поражения лобных долей. Клиническое значение.
81. Синдромы поражения теменных долей. Клиническое значение.
82. Синдромы поражения височных долей головного мозга. Клиническое значение.
83. Синдромы поражения затылочных долей головного мозга.
84. Анатомия кровоснабжения головного мозга. Физиология кровообращения головного мозга.
85. Классификация сосудистых заболеваний головного мозга.
86. Патофизиология мозгового кровообращения при закупорке мозговых артерий.
87. Патофизиология мозгового кровообращения при артериальной гипертензии.
88. Преходящие нарушения мозгового кровообращения.
89. Ишемический инсульт. Этиология, патогенез, клиника, диагностика.
90. Кровоизлияние в мозг. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Терапия и показания к хирургическому лечению.
91. Субарахноидальное нетравматическое кровоизлияние. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Терапия и показания к хирургическому лечению.
92. Современный подход к лечению острых нарушений мозгового кровообращения.
93. Недифференцированное лечение ОНМК (острых нарушений мозгового кровообращения).
94. Дифференцированное лечение ишемического инсульта.
95. Дифференцированное лечение геморрагического инсульта.
96. Лечение хронических нарушений мозгового кровообращения.
97. Параклинические методы диагностики ОНМК (острых нарушений мозгового кровообращения). КТ, МРТ, УЗДГ (ультразвуковая допплерография), дуплексное и триплексное сканирование, транскраниальная допплерография, ангиография.
98. Реабилитация больных, перенесших инсульт. Экспертиза нетрудоспособности.
99. Первичная и вторичная профилактика инсульта.
100. Дисциркуляторная энцефалопатия: этиология, патогенез, клинические формы, диагностика, лечение и профилактика.
101. Гипертонический криз и гипертоническая энцефалопатия. Диагностика, принципы лечения.
102. Болезнь Альцгеймера. Этиопатогенез. Клинические проявления. Принципы диагностики, дифференциальной диагностики и лечения. Прогноз.
103. Сосудистая деменция: патогенез, клиника, диагностика, профилактика, дифференциальная диагностика с болезнью Альцгеймера.
104. Кровоснабжение спинного мозга. Особенности строения артериальной системы, снабжающей спинной мозг.
105. Нарушения спинального кровообращения. Спинальный инсульт. Дифференциальный подход к диагностике и лечению спинального инсульта.
106. Классификация заболеваний периферической нервной системы.
107. Аксонопатии и миелинопатии. Клинико-морфологическая характеристика.
108. Мононевропатии. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
109. Полиневропатии. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
110. Поражение верхней конечности. Плексопатии. Невропатии срединного, локтевого, лучевого нервов. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения.
111. Поражение нижней конечности. Невропатии малоберцового, большеберцового нервов. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения.
112. Невропатия седалищного нерва. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения.
113. Боль в спине. Дифференциальная диагностика и принципы лечения.
114. Туннельные синдромы. Синдром карпального и кубитального каналов. Консервативная терапия и показания к хирургическому лечению.
115. Полиневропатии при соматических заболеваниях (диабете, уремии, печеночной недостаточности, диффузных заболеваниях соединительной ткани, васкулитах).
116. Инфекционные и параинфекционные, алкогольные, наследственные (наследственные, соматосенсорные и вегетативные) амилоидная, порфирийная полиневропатии.
117. Острая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия.
118. Невропатия лицевого нерва. Клиника, диагностика, лечение.

119. Невралгия тройничного нерва. Клиника, диагностика, лечение.
120. Прозопалгии. Ганглиониты крылонебного, ресничного и ушного нервов. Особенности клиники, диагностики и лечения.
121. Биомеханика позвоночника, функции межпозвонковых дисков и фасеточных суставов.
122. Дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника: дископатии, компрессионные и рефлекторные синдромы.
123. Люмбоишалгия. Клиника, диагностика, лечение.
124. Цервикобрахиалгия. Клиника, дифференциальная диагностика и принципы лечения.
125. Миофасциальные боли. Особенности клиники, диагностики лечения.
126. Дифференциальная диагностика при эпидуральном абсцессе и опухолях (первичных и метастатических) позвоночника; гормональная спондилопатия, туберкулезный спондилит.
127. Отраженные боли при заболеваниях внутренних органов, анкилозирующий спондилоартрит.
128. Герпетический энцефалит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
129. Клещевой энцефалит. Этиология, диагностика, клиника, лечение.
130. Параинфекционные энцефалиты при кори, ветряной оспе, краснухе.
131. Первичные и вторичные гнойные менингиты. Менингококковый, пневмококковый, вызванный гемофильной палочкой. Классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение.
132. Серозные менингиты: туберкулезный и вирусный менингиты.
133. Полиомиелит, особенности современного течения полиомиелита. Полиомиелитоподобные заболевания.
134. Абсцесс мозга, спинальный эпидуральный абсцесс.
135. Дифтерийная полиневропатия. Ботулизм. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
136. Нейросифилис. Особенности диагностики, клиники и лечения.
137. Поражение нервной системы при СПИДе. Особенности диагностики, клиники, лечения.
138. Ревматические поражения нервной системы, малая хорея.
139. Рассеянный склероз: клиника, диагностика, типы течения. Методы исследования.
140. Принципы лечения рассеянного склероза в зависимости от формы и типа течения.
141. Острый рассеянный энцефаломиелит: клиника, диагностика, лечение.
142. Экспертиза нетрудоспособности при демиелинизирующих заболеваниях.
143. Опухоли головного мозга. Классификация ВОЗ.
144. Особенности симптоматики опухолей головного мозга.
145. Опухоли передней черепной ямки. Особенности диагностики, клиники, лечения.
146. Опухоли средней черепной ямки. Особенности диагностики, клиники, лечения.
147. Опухоли задней черепной ямки. Особенности диагностики, клиники, лечения.
148. Опухоли гипофиза. Особенности диагностики, клиники, лечения.
149. Опухоли спинного мозга: клиника, диагностика. Экстра- и интрамедуллярные опухоли спинного мозга.
150. Показания к оперативному вмешательству при опухолях головного и спинного мозга.
151. Классификация закрытой черепно-мозговой травмы.
152. Сотрясение головного мозга. Патогенез, клиника, диагностика. Принципы лечения.
153. Ушиб головного мозга. Патогенез, клиника, диагностика. Принципы лечения.
154. Сдавление головного мозга. Патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения.
155. Внутричерепные травматические гематомы. Врачебная тактика.
156. Последствие черепно-мозговой травмы. Основные группы последствий ЧМТ.
157. Последствия черепно-мозговой травмы. Дезадаптирующие синдромы. Реабилитационные мероприятия.
158. Травма спинного мозга: патогенез, клиника, диагностика, врачебная тактика.
159. Травма периферических нервов. Современная теория регенерации. Клиническая картина полного и частичного повреждения нервов.
160. Реабилитация больных со спинальной травмой.
161. Классификация эпилепсии и эпилептических припадков.
162. Этиология и патогенез эпилепсии и эпилептического синдрома. Принципы лечения.
163. Эпилептический статус: клиника, патогенез, лечение.
164. Судорожные состояния. Принципы дифференциальной диагностики с пароксизмальными расстройствами сознания эпилептической природы.
165. Синкопальные состояния: классификация, патогенез, диагностика, лечение, профилактика.
166. Дифференциальный подход к пароксизмальным нарушениям сознания различной природы.
167. Нервно-мышечные заболевания. Классификация. Генетика и диагностика наследственных нервно-мышечных заболеваний.
168. Прогрессирующие мышечные дистрофии. Клинические формы мышечных дистрофий. Этиопатогенез. Диагностика. Принципы лечения.
169. Спинальные мышечные атрофии. Клинические формы мышечных атрофий. Этиопатогенез. Диагностика. Принципы лечения.
170. Наследственные мотосенсорные невропатии. Клинические формы наследственных мотосенсорных невропатий. Этиопатогенез. Диагностика. Принципы лечения.

171. Наследственные сенсорные невропатии. Клинические формы наследственных сенсорных невропатий. Этиопатогенез. Диагностика. Принципы лечения.
172. Врожденные структурные миопатии. Клинические формы миопатий. Этиопатогенез. Диагностика. Принципы лечения.
173. Миастения. Классификация. Этиопатогенез. Диагностика. Клиника. Принципы лечения миастении. Кризы при миастении. Купирование кризов при миастении.
174. Наследственные пароксизмальные миоплегии. Клинические формы при миоплегиях. Диагностика. Принципы лечения.
175. Сирингомиелия. Этиопатогенез. Клинические проявления. Диагностика. Принципы лечения.
176. Боковой амиотрофический склероз. Этиопатогенез. Клинические проявления. Диагностика и дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
177. Гепатолентикулярная дегенерация. Этиопатогенез. Клинические проявления. Диагностика. Принципы лечения. Наследственные спинно-церебеллярные дегенерации. Этиопатогенез. Клинические формы.
178. Особенности течения и клинических проявлений. Лечение наследственных атаксий.
179. Болезнь Паркинсона. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика.
180. Паркинсонизм. Виды паркинсонизма. Особенности диагностики и лечения.
181. Хорея. Этиологические группы хореи. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
182. Дистония. Этиологические группы дистонии. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
183. Тремор. Этиологические группы тремора. Клинические проявления тремора в клинике нервных болезней. Диагностика. Принципы лечения.
184. Тики. Этиологические группы тиков. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
185. Миоклонии. Этиологические группы миоклонии. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
186. Невротические расстройства. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
187. Нейровегетативные расстройства. Вегетативная дистония. Вегетативный криз. Этиопатогенез. Клиника. Принципы диагностики и лечения.
188. Классификация головных болей. Патогенез головной боли. Обследование пациентов с головной болью.
189. Мигрень: классификация, патогенез, клинические формы, течение, диагноз, лечение, профилактика.
190. Мигренозный статус: клиника, диагностика, лечение.
191. Пучковая головная боль: клиника, диагностика, лечение.
192. Головная боль напряжения: патогенез, диагностика, лечение.
193. Лицевые симпаталгии. Лицевые миофасциальные синдромы. Синдром дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.
194. Изменения функционирования нервной системы в пожилом и старческом возрасте. Особенности течения неврологических заболеваний. Фармакотерапия.
195. Энцефалопатии. Патогенез развития энцефалопатий. Клинические проявления. Принципы диагностики и лечения энцефалопатий.
196. Особенности неврологических расстройств при заболеваниях сердца и сосудов.
197. Особенности неврологических расстройств при эндокринной патологии.
198. Неврологическая симптоматика в клинике внутренних болезней.
199. Фармакотерапия при заболеваниях периферической нервной системы.
200. Психотропные средства, применяемые в клинике нервных болезней.
201. Основы управления здравоохранением: экономические аспекты, основы менеджмента.
202. Основы экономики в здравоохранении. Финансирование. Медико-экономические стандарты.
203. Маркетинг в здравоохранении.
204. Основы медицинского страхования.

ПАТОЛОГИЯ

1. Основные понятия нозологии. Болезнь как нарушение гомеостаза.
2. Номенклатура и классификация болезней.
3. Общая этиология. Общий патогенез. Причинно-следственные взаимоотношения в патогенезе.
4. Венозная гиперемия. Причины, механизмы, последствия.
5. ДВС - синдром. Стадии. Патогенез.
6. Экссудация. Механизмы развития. Значение.
7. Фагоцитоз при воспалении. Причины эмиграции лейкоцитов в очаг воспаления. Механизмы фагоцитарной деятельности лейкоцитов.
8. Понятие об иммунном гомеостазе, механизмы гуморального и клеточного иммунитета.
9. Опухоли. Определение сущности опухолевого роста. Этиология опухолей. Современные теории опухолевого роста. Современная классификация опухолей. Принципы ее построения. Вторичные изменения в опухолях.
10. Доброкачественные, злокачественные и опухоли с местным деструирующим ростом. Критерии злокачественности. Понятие о рецидиве.

ПЕДАГОГИКА

1. Определите место педагогики в системе современного человекознания.
2. Назовите способы структурирования содержания образования и проиллюстрируйте их на примере.
3. Дайте характеристику законодательным актам в сфере образования.
4. Какие документы составляют нормативную основу образования?
5. Что означает понятие «обучение»? Как ваше собственное понимание этого понятия соотносится с его научной трактовкой?
6. В чем обнаруживается сходство и различие процессов обучения и лечения как древнейших видов гуманитарной практики?
7. Какие типы и виды обучения оптимальны на доклиническом и клиническом этапах медицинского образования?
8. В чем суть поэтапного формирования знаний и умений? Пояснить на примерах.
9. Какие требования к выбору форм организации познавательной деятельности обучаемых на учебном занятии существуют в дидактике?
10. Что лежит в основе классификации форм организации познавательной деятельности? Как связаны между собой формы организации познавательной деятельности и цели обучения?
11. От чего зависит выбор форм организации познавательной деятельности к конкретному занятию?
12. Какие формы обучения наиболее рационально использовать на разных этапах обучения в медицинском вузе и при обучении разных категорий обучаемых (медицинский персонал, пациенты, их родственники)?

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ТУБЕРКУЛЕЗ

1. Этиология, патогенез и патоморфология туберкулеза. Основные эпидемиологические показатели туберкулеза.
2. Клиническая классификация туберкулеза по МКБ-10. Алгоритм диагностики туберкулеза.
3. Основные симптомы и синдромы легочного и внелегочного туберкулеза. Понятие об остропрогрессирующих формах туберкулеза в практике врача-невролога: туберкулезный менингит, генерализованный милиарный туберкулез, «скоротечная чахотка».
4. Туберкулез в сочетании с другими заболеваниями: ВИЧ-инфекция, хронический алкоголизм, наркомания, сахарный диабет и др. Трудности диагностики.
5. Профилактика туберкулеза: социальная, санитарная, специфическая. Группы риска по заболеванию туберкулезом.

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. Медицинское право, как отрасль права.
2. Источники медицинского права.
3. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья.
4. Права и обязанности медицинских работников.
5. Понятие и виды медико-социальной помощи.
6. Особенности медицинской услуги
7. Особенности регулирования труда медицинских работников
8. Правонарушение и юридическая ответственность
9. Гражданско-правовая ответственность субъектов предоставления и оказания медико-социальной помощи.
10. Дисциплинарная ответственность медицинских работников.
11. Административная ответственность должностных лиц.
12. Уголовная ответственность медицинских работников.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

1. Дайте определение науки «Общественное здоровье и здравоохранение». Задачи общественного здоровья и здравоохранения. Объект изучения общественного здоровья и здравоохранения.
2. Какие методы используют при изучении общественного здоровья и здравоохранения?
3. Назовите главные критерии оценки эффективности системы здравоохранения.
4. Назовите базовые функции системы здравоохранения.
5. Дайте определения фактора риска. Перечислите факторы риска и кратко охарактеризуйте.
6. Дайте определение медицинской демографии и перечислите ее основные разделы.

7. Перечислите известные Вам исторически сложившиеся на этапах развития названия предмета Общественное здоровье и здравоохранение. С чем связано существование большого числа названий предмета?

8. Воспроизводство населения (естественное движение населения).
Общие и специальные показатели, методика расчета, анализ и оценка
9.Миграция населения: внешняя, внутренняя (урбанизация,
сезонная). Факторы, ее определяющие. Влияние миграции на здоровье населения
10. Естественный прирост населения, факторы на него влияющие.
Противоестественная убыль населения.
11. Дайте определения “заболеваемость”, распространенность болезней”,
патологическая пораженность”
12.От чего зависит полнота учета заболеваемости?

Министерство здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики
Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Медицинский факультет
Центр медицинского послевузовского образования

УТВЕРЖДАЮ
Министр здравоохранения ПМР
_____К.В.Албул
«_4_» ____01____ 20_24_ г.

СОГЛАСОВАНО
Ученым советом факультета
протокол № _5_
от «_29_» ___12___ 20_23_г.
Председатель
Ученого совета факультета
_____Г.Н.Самко

ПРОГРАММА
ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ

образовательной программы
высшего образования- программы ординатуры

Специальность **31.08.57 ОНКОЛОГИЯ**

Квалификация выпускника: врач – онколог
Трудоемкость: 108 часов-3з.е.
Сроки проведения: 24.06.24 - 6.07.24

Тирасполь, 2023

Программа итоговой государственной аттестации образовательной программы высшего образования- программы ординатуры по специальности 31.08.57 Онкология разработана в соответствии с Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.57 Онкология (утвержденным Приказом Министерства Просвещения Приднестровской Молдавской Республики № 675 от 28.07.2021г. «Об утверждении и введении в действие Государственного образовательного стандарта послевузовского профессионального образования - ординатуры)

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании кафедры Хирургии с циклом онкологии протокол №4 от «20» ноября 2023 г.
Заведующий кафедрой Хирургии с циклом онкологии _____Фомов Г.В.

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УМК факультета

«12» 12 2023 г. (протокол № 4)

Председатель УМК _____ А.В. Васильчук

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УС факультета

«29» 12 2023г. (протокол № 5)

Председатель УС _____ Г.Н. Самко

Программу составили:

Ассистент _____ Андреева А.Е.

Содержание

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.
2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры
3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации.
4. Форма и структура итоговой государственной аттестации.
4.1 Форма итоговой государственной аттестации.
4.2 Трудоёмкость итоговой государственной аттестации.
4.3 Структура итоговой государственной аттестации.
5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.
6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации.
6.1 Критерии оценки результатов тестирования
6.2 Критерии оценки практических навыков и умений.
6.3 Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.
7. Содержание государственного экзамена.
7.1 Тестирование
7.2 Практические навыки.
7.3. Устное собеседование
8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

Приложения

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.

Цель - определение соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры требованиям Государственному образовательному стандарту послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.57 «Онкология».

Задачи:

— установление уровня подготовки выпускника к выполнению профессиональных задач (оценка степени сформированности всех компетенций, предусмотренных Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.57 «Онкология», характеризующих готовность выпускников к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации - врач - онколог).

— принятие решения о выдаче обучающемуся, успешно прошедшему итоговую государственную аттестацию по программе ординатуры, диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации.

2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры

Итоговая государственная аттестация относится к базовой части программы - Блок 3. итоговая государственная аттестация и завершает процесс освоения имеющих государственную аккредитацию образовательных программ ординатуры.

Итоговая государственная аттестация образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.57 «Онкология» завершается присвоением квалификации " врач - онколог".

3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путём обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- физические лица женского пола (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку готовности выпускников, освоивших программу ординатуры, к следующим видам профессиональной деятельности:

— профилактическая;
— диагностическая;
— лечебная;
— реабилитационная;
— психолого-педагогическая;
— организационно-управленческая.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

а) готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу - УК1;

б) готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные,

этнические, конфессиональные и культурные различия - УК2;

в) готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование - УК3.

Профессиональные компетенции (ПК):

а) профилактическая деятельность:

1) готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания - ПК1;

2) готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными - ПК2;

3) готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях - ПК3;

4) готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медикостатистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков - ПК4;

б) диагностическая деятельность - готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - ПК5;

в) лечебная деятельность:

1) готовностью к ведению, и лечению пациентов, нуждающихся в оказании онкологической медицинской помощи - ПК6;

2) готовностью к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации - ПК7;

г) реабилитационная деятельность - готовностью к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении - ПК8;

д) психолого-педагогическая деятельность - готовностью к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих - ПК9;

е) организационно-управленческая деятельность:

1) готовностью к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях - ПК10;

2) готовностью к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей - ПК11.

4.Форма и структура итоговой государственной аттестации

4.1.Форма итоговой государственной аттестации

Итоговая государственная аттестация обучающихся по образовательной программе ординатуры 31.08.57 «Онкология» проводится в форме государственного экзамена.

4.2.Трудоёмкость итоговой государственной аттестации

Объем итоговой государственной аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) - сдачу государственного экзамена.

4.3.Структура итоговой государственной аттестации

В Блок 3 " Итоговая Государственная аттестация" входят подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена. Перед государственным экзаменом по специальности для ординаторов проводятся предэкзаменационные консультации по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в три этапа:

1 этап - тестирование, проводится для получения сертификата специалиста, имеет целью определить готовность специалиста к самостоятельной профессиональной (медицинской) деятельности (согласно Приказу Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 31.05.2022г №477 «Об утверждении Порядка приема граждан на обучение по образовательным программам послевузовского профессионального образования – программам ординатуры, а также Порядка реализации образовательных программ послевузовского профессионального образования – программ ординатуры» (регистрационный № 11145 от 15 июля 2022 года) (САЗ 22-27)). Во время тестирования обучающийся выбирает правильный(е) ответ(ы) из предложенных нескольких вариантов ответов. Каждый обучающийся отвечает на 100 тестовых вопросов, на решение которых отводится 120 минут(2 астрономических часа).

2 этап - оценка практических навыков и умений - состоит из демонстрации практических навыков и умений, приобретенных в результате освоения программы ординатуры.

3 этап – устный экзамен по дисциплине Онкология с целью определения сформированности профессиональных компетенций выпускника, профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения. Каждый билет состоит из пяти теоретических вопросов, в процессе проведения государственного экзамена обучающемуся могут быть заданы уточняющие или дополнительные вопросы в рамках билета. На подготовку к ИГА ординатору выделяется 2 недели. После выбора билета ординатор готовится к ответу 30 минут, отвечает согласно регламенту 20 минут. По решению комиссии обучающийся может быть освобожден от необходимости полного ответа на вопрос билета, уточняющий или дополнительный вопрос.

Этапы государственного экзамена	Компетенции, которые оцениваются в ходе этапа
1 этап - в форме тестирование	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7 ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11.
2 этап - оценка практических навыков и умений	
3 этап – устный экзамен по дисциплине	

5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.

Проведение ИГА определяется календарным учебным графиком, выполнением индивидуального плана ординатора и расписанием ИГА.

Перед итоговой государственной аттестацией обучающиеся должны ознакомиться с программой ИГА. Подготовка к государственному экзамену может проводиться в формах, как устного повторения пройденных дисциплин (с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д.), так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.

6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации. Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

6.1. **Критерии оценки результатов тестирования**

Подведение **итогов 1 этапа в форме тестирования. Результат решения тестов оценивается по ятибалльной системе:**

- 49% и менее правильных ответов - «неудовлетворительно»;
- 50% - 70% - «удовлетворительно»;
- 71% - 84% - «хорошо»;
- 85% - 100% - «отлично».

6.2. Критерии оценки практических навыков и умений

Результаты 2 этапа определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол ИГА. Обучающиеся, получившие оценку «неудовлетворительно» к 3 этапу государственного экзамена не допускается, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений;

- «хорошо» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет;

- «удовлетворительно» - обучающийся обладает удовлетворительными теоретическими знаниями - знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний - не знает методики выполнения, практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и т.д.; и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

6.3. Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.

Результаты 3 этапа государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой

классификации, правильно отвечает на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «хорошо» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «удовлетворительно» - обучающийся показывает частичное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз с учетом принятой классификации. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций, демонстрируя поверхностное знание предмета;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не показывает освоение планируемых результатов обучения по пройденным темам, не может сформулировать диагноз или неправильно его ставит. Не может правильно ответить на большинство дополнительных вопросов, характеризующих уровень освоения необходимых компетенций.

7. Содержание государственного экзамена

7.1.Тестировние: Приложение 1
7.2.Практические навыки: Прилодение 2
7.3.Устное собеседование Приложение 3

8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

1. Меланоцитарные невусы и меланома кожи. Руководство. Авторы: Под ред. В.А. Молочкова, Л.В. Демидова. Издатель: Литература, 2012г.
2. Доброкачественные заболевания молочных желез. Рук-во для врачей. Авторы: Высоцкая И.В., Летягин В.П. Издатель: Специальное Издательство Медицинских Книг (СИМК), 2013г.
3. Эндокриночувствительные опухоли репродуктивной системы. Рук-во для врачей. Авторы: Высоцкая И.В. Издатель: Специальное Издательство Медицинских Книг (СИМК), 2014г.
4. Лекарственная терапия злокачественных опухолей. Учебное пособие. Авторы: И.В. Высоцкая, Б.И. Поляков, С.Б. Поликарпова. Издатель: Специальное Издательство Медицинских Книг (СИМК), 2012г.
5. Рак молочной железы. Атлас. Давыдов М.И., Летягин В.П. (под ред.). Издательство: АБВ Пресс, 2006г.
6. Клиническая онкология. Избранные лекции. Авторы: Л.З. Вельшер, Б.И. Поляков, С.Б. Петерсон - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
7. Детская онкология: клинические рекомендации по лечению пациентов с солидными опухолями. Автор: Рыков М.Ю, Поляков В.Г. Издательство: Гэотар-Медиа, 2017г
8. Детская онкология. Авторы: Рыков М.Ю., Турабов И.А. Издательство: Гэотар-Медиа, 2018г
9. Онкология. Клинические рекомендации. Давыдов М.И. (под ред.). Издательская группа РОНЦ, 2015 г.
10. Онкология: модульный практикум: учебное пособие. Авторы: М.И. Давыдов, Л.З. Вельшер, Б.И. Поляков и др. Издательство: ГЭОТАР-Медиа, 2008г.
11. Онкология. Учебник. Авторы: М. Давыдов, Ш. Ганцев Издательство: ГЭОТАР-Медиа. 2010г.

12. Атлас по онкологии. Авторы: Давыдов М.И., Ганцев Ш.Х. Издатель: МИА (Медицинское информационное агентство). 2008г.

Дополнительная литература:

1. Внутренние болезни: Учебник: В 2 т./Под ред. А.И. Мартынова, Н.А.Мухина, В.С. Моисеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.
2. Дифференциальная диагностика внутренних болезней: Учеб.пособие: Для мед.вузов/ Под
ред. В.В. Щекотова; Сост.: В.М.Атаманов и др.; Перм. гос. мед. акад.им.академика Е.А.Вагнера. ─ Ростов-на-Дону Пермь: Феникс, 2007. ─ 588с.
3. Неотложные состояния в клинике внутренней медицины: Учебное пособие для студентов, интернов, клинических ординаторов врачей-терапевтов и врачей общей практики / Под ред. М.Г. Омельяненко: ГОУ ИвГМА Росздрава. – Иваново, 2007.
4. Общая хирургия: учебник для медицинских вузов / Алентьев Сергей Александрович [и др.]; под ред.: П. Н. Зубарева, А. В. Кочеткова. - 3-е изд., доп. и перераб. - СПб. : СпецЛит, 2011. – 606 с.
5. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. 2014; гл. ред. В.Н.Серов, Г.Т.Сухих – М. : ГЭОТАР- Медиа Вып.4. – 2014.

Приложение 1

1. Злокачественные опухоли характеризуются
а) наличием капсулы
б) инфильтративным ростом в окружающие органы и ткани
в) снижением силы сцепления клеток
г) оттеснением окружающих тканей
2. Доброкачественные опухоли характеризуются
а) способностью метастазировать
б) неконтролируемым инфильтративным ростом
в) высокой дифференцировкой клеток
г) наличием капсулы
3. Первое место по вкладу факторов в развитие рака занимает:
а) курение
б) питание
в) метаболиты гормонов репродуктивных органов
г) алкоголь
д) инсоляция
4. Развитие злокачественной опухоли происходит в три этапа. Какова их последовательность?
а) прогрессия, инициация, промоция
б) инициация, промоция, прогрессия
в) инициация, прогрессия, промоция
г) промоция, прогрессия, инициация
5. Рак insituотличается от микроинвазивного тем, что:
а) инфильтрирует и разрушает базальную мембрану
б) инфильтрирует ткани в пределах слизистой оболочки
в) инфильтрирует и слизистую и подслизистую оболочки органа
г) не распространяется глубже базальной мембраны и не разрушает ее
6. Рак insituпо международной классификацииTNMотносится:
а) к раку
б) к предраку
в) к доброкачественным опухолям
г) отношение не определено
7.Срок обследования больных I клинической группы не должен превышать:
а) – 7 дней
б) – 10 дней
в) – 14 дней
г) – 20 дней
8. Критерием излеченности в онкологии является срок:
а) – 2 года
б) – 3 года
в) – 4 года
г) – 5 лет
9. К какой клинической группе относятся люди, излеченные от рака (практически здоровые)
а) Iа
б) Iб
в) II
г) IIа
д) III
10. К методам вторичной профилактики злокачественных опухолей относятся
а) лечение предраковых состояний
б) проведение диспансерного наблюдения за больными с предраковыми состояниями
в) проведение мероприятий по улучшению экологии
г) проведение проф. осмотров с использованием скрининговых тестов
11. К основным принципам химиотерапии опухолей относят
а.) выбор препаратов соответственно спектру противоопухолевого действия
б) выбор адекватных доз и режима введения
в) учет факторов, требующих коррекции доз во избежании тяжелых осложнении
г) включение в схемы препаратов одинакового механизма действия
12. Основной целью адьювантной лекарственной терапии является
а) усиление степени повреждения опухоли
б) уменьшение размеров опухоли
в) эрадикация микрометастазов после излечения первичной опухоли

г) изучение лекарственного патоморфоза для планирования дальнейшего лечения
13. Неоадьювантная химиотерапия используется с целью
а) уменьшить массу опухоли
б) приблизить сроки системного воздействия на опухолевый процесс
в) определить лекарственный патоморфоз для планирования дальнейшего лечения
г) избежать оперативного вмешательства
14. Колониестимулирующие факторы используют для
а) синхронизации деления опухолевых клеток
б) ликвидации карциноидного синдрома
15. Каким категориям больных можно планировать радикальное лечение при генерализованных опухолевых процессах
а) МКРЛ с метастазами в головной мозг
б) рак желудка с метастазами в головной мозг
в) рак щитовидной железы с метастазами в легкие и кости
г) резектабельный рак желудка с метастазом в яичник
16. Какие виды облучения относят к брахитерапии
а) дистанционное
б) внутриполостное
в) внутритканевое
г) аппликационное
17. Что такое комбинированное лечение
а) паллиативная операция в сочетании с пред- либо послеоперационной лучевой терапией
б) радикальная операция в сочетании с пред- либо послеоперационной лучевой терапией
в) лучевая терапия. Операция через 3 месяца по поводу продолженного роста опухоли
г) операция, лучевая терапия через 8 месяцев по поводу рецидива
18. Патогенез поздних лучевых повреждений
а) асептическое воспаление
б) запустевание сосудов, гипоксия
в) изменение иннервации
г) дистрофические изменения тканей
19. Что относят к лучевым реакциям
а) эпителииты
б) дерматиты
в) фиброзы подкожно-жировой клетчатки
г) лучевые язвы
20. Что относят к лучевым повреждениям
а) эпителииты
б) дерматиты
в) телеангиоэктазии
г) фиброзы подкожно-жировой клетчатки
д) лучевые язвы
21. Наиболее часто первым проявлением болезни Ходжкина является поражение лимфатических узлов
а) шейно-надключичных
б) средостения
в) забрюшинных
г) паховых
д) частота поражения лимфатических узлов указанных групп одинакова
22. К неблагоприятным морфологическим типам лимфосаркомы относят
а) лимфобластную
б) иммунобластную
в) лимфоцитарную
г) пролимфоцитарную
д) лимфоплазмоцитарную
23. Наиболее часто метастазами рака щитовидной железы поражаются
а) лимфоузлы вдоль внутренней яремной вены
б) надключичные
в) паратрахеальные
г) претрахеальные
д) загрудинные
24. У больного 43 лет плоскоклеточный неороговевающий рак гортани Iа ст. с поражением левой голосовой связки
а) провести самостоятельную дистанционную лучевую терапию
б) провести боковую резекцию гортани с предоперационной лучевой терапией

в) провести боковую резекцию гортани с послеоперационной лучевой терапией
г) выполнить ларингэктомию
25. Больному 45 лет по поводу плоскоклеточного рака гортани IIIа ст., с преимущественно экзофитной формой роста. Проведено предоперационное облучение в дозе 40 Гр. Через 2 недели отмечено клинически полное исчезновение опухоли. Ему следует
а) выполнить резекцию гортани
б) выполнить ларингэктомию
в) продолжить лучевую терапию по радикальной программе
г) наблюдать
26. К факторам, оказывающим влияние на возникновение рака нижней губы, относятся:
1) курение
2) травма
3) контакт с мышьяковистыми соединениями
4) лучистая энергия
5) климатические условия
6) эндогенные факторы
а) правильно все, кроме 2 и 3
б) правильно все, кроме 5 и 6
в) правильно все, кроме 2 и 4
г) правильно все, кроме 2, 4 и 6
д) правильно все
27. Наиболее частой локализацией рака слизистой полости рта является
а) язык
б) дно полости рта
в) слизистая щеки
г) слизистая мягкого неба
д) слизистая альвеолярного отростка челюсти
28. На каком расстоянии от видимого края следует иссекать плоскоклеточный рак кожи?
а) до 1 см
б) 1,5 – 2,0 см
в) 3 – 5 см
г) более 5 см
29. Какие из перечисленных ниже особенностей заставляют заподозрить меланому при длительно существовавшем пигментном пятне? (отметьте 2 правильных ответа)
а) интенсивно темный цвет
б) сохраненная структура кожи
в) неровные очертания
г) наличие волос на поверхности пятна
29. Пигментное пятно имеет перечисленные ниже особенности. Какие из них заставляют заподозрить меланому? (отметьте 3 правильных ответа)
а) стало кровоточить
б) появились зуд и боль в области пятна
в) на поверхности пятна растут волосы
г) в окружности пятна возникли мелкие пигментированные пятнышки
30. Боль при костных саркомах (отметьте 2 правильных ответа)
а) стихает по ночам
б) усиливается по ночам
в) стихает в покое
г) не стихает в покое
31. Саркомы мягких тканей чаще всего локализуются на
а) голове и шее
б) верхних конечностях
в) нижних конечностях
г) туловище
32. Какому лечению следует отдавать предпочтение при локализованных формах сарком мягких тканей
а) физиотерапия, включая рассасывающую
б) экономное иссечение опухоли
в) комбинированное лечение
г) химиотерапия
33. Основным методом первичной диагностики рака молочной железы является
а) пальпаторное определение опухоли
б) маммография
в) УЗИ молочных желез

г) цитологическое исследование
34. Больная по поводу рака молочной железы в течение 2-х лет принимала тамоксифен. Появились сукровичные выделения из половых путей. Ваша тактика
а) увеличить дозу тамоксифена
б) отменить тамоксифен
в) гемостатическая терапия
г) гистероцервикоскопия с прицельной биопсией эндометрия
в) лечения лейкопении
г) повышения иммунной защиты организма
35. Адекватным методом лечения отечно-инфильтративной формы рака молочной железы является
а) хирургический
б) лучевой
в) химио-лучевой
г) химио-гормоно-лучевая терапия
36. Характерные проявления начальных форм рака пищевода
а) чувство царапания за грудиной или прилипания при проглатывании
б) осиплость голоса
в) гиперсаливация
г) дисфагия 1-П степени
37. Какая морфологическая форма наиболее часто встречается при раке пищевода
а) аденокарцинома
б) меланома
в) плоскоклеточный рак
г) аденоакантома
38. Метаплазия слизистой желудка IV степени является
а) предраковым состоянием
б) предраковым изменением
79. Неадекватным объемом оперативного вмешательства при инфильтративном раке нижней трети желудка является
а) парциальная дистальная резекция желудка
б) субтотальная дистальная резекция желудка
в) гастрэктомия
39. К методам уточняющей диагностики при раке желудка относятся
а) гастроскопия
б) УЗИ брюшной полости
в) лапароскопия
г) морфологическое исследование биоптата
40. Какой отдел эндоскопически удаленного полипа желудка подлежит наиболее тщательному морфологическому изучению
а) верхушка
б) основание
41. К забрюшинным неорганным опухолям относят (по расположению)
а) опухоли, исходящие из корня брыжейки
б) «подбрюшинные» опухоли (расположенные в малом тазу под листком брюшины
в) опухоли, исходящие из ретроперитониальной клетчатки
г) опухоли надпочечника
42. Чем характеризуется группа «промежуточных» забрюшинных опухолей
а) инфильтративным ростом
б) местным рецидивированием
в) метастазированием
г) рецидивированием и метастазированием
43.Какая клиническая форма наиболее характерна для рака правой половины ободочной кишки?
а) опухолевая
б) токсико-анемическая
в) диспепсическая
г) обтурационная
д) псевдовоспалительная
44. Какая клиническая форма наиболее характерна для рака левой половины ободочной кишки?
а) энтероколитическая
б) токсико-анемическая
в) диспепсическая
г) обтурационная
д) псевдовоспалительная

45. Какие формы заболевания относятся к раннему раку шейки матки
а) Интраэпителиальный рак (cr in situ)
б) тяжелая степень дисплазии
в) рак шейки матки 1 а стадии
г) рак шейки матки II стадии
46. Укажите среди перечисленных ниже методы диагностики раннего рака шейки матки
а) кольпоскопия
б) гистерография
в) цитологическое исследование мазков
г) лимфография
47. Что является этиологическим фактором в развитии рака эндометрия:
а) гиперэстрогения
б) вирус папилломы человека, простого герпеса
в) химические факторы
г) вагинальная инфекция
48. У девочки 18 лет на операции выявлена герминогенная опухоль левого яичника. Какой объем оперативного вмешательства следует выбрать
а) надвлагалищная ампутация матки с придатками
б) надвлагалищная ампутация матки-с придатками + резекция большого сальника
в) удаление опухоли
г) удаление опухоли со срочным гистологическим исследованием
д) удаление придатков на стороне опухоли + резекция контрлатерального яичника + резекция большого сальника
49. У женщины 50 лет имеются метастазы аденогенного рака в паховые лимфатические узлы. О каких локализациях опухоли следует думать
а) вульва
б) шейка матки
в) маточная труба
г) яичник
д) матка
50. Регионарными лимфатическими узлами для почки являются
а) узлы ворот почки
б) парааортальные
в) паракавальные
г) паховые
51. Наиболее частая гистологическая форма рака мочевого пузыря
а) плоскоклеточный
б) переходноклеточный
в) аденокарцинома
г) мелкоклеточный
52. IV стадия рака мочевого пузыря может быть констатирована на основании
а) распространение опухоли на близлежащие органы (Т4)
б) поражение регионарных лимфатических узлов (N1-2)
в) наличие отдаленных метастазов (Ml)
г) тотальное поражение слизистой мочевого пузыря
53. Подлежат ли динамическому наблюдению больные язвой желудка
а) нет
б) всегда
в) при длительно существующих язвах
54. Ранние симптомы рака восходящего отдела ободочной кишки
а) кишечная непроходимость
б) наличие патологических примесей в кале
в) анемия
г) все перечисленное
55. Каким категориям больных можно планировать радикальное лечение при генерализованных опухолевых процессах
а) МКРЛ с метастазами в головной мозг
б) рак желудка с метастазами в головной мозг
в) рак щитовидной железы с метастазами в легкие и кости
г) резектабельный рак желудка с метастазом в яичник
56. Что такое комбинированное лечение
а) паллиативная операция в сочетании с пред-либо послеоперационной лучевой терапией
б) радикальная операция в сочетании с пред-либо послеоперационной

лучевой терапией
в) лучевая терапия. Операция через 3 месяца по поводу продолженного роста опухоли
г) операция, лучевая терапия через 8 месяцев по поводу рецидива
в) лучевая терапия
г) химио-лучевое лечение
57. Термин «феохромоцитома» означает
а) доброкачественная опухоль почки
б) злокачественная опухоль почки
в) доброкачественная опухоль надпочечника
г) злокачественная опухоль надпочечника
58. К регионарным лимфатическим узлам при раке полового члена относят
а) поверхностные паховые
б) глубокие паховые
в) тазовые
г) паракавальные
59. Наиболее частая морфологическая структура злокачественных опухолей щитовидной железы
а) папиллярная аденокарцинома
б) фолликулярная аденокарцинома
в) модулярный рак
г) плоскоклеточный рак
д) недифференцированный рак
60. Какие методы диагностики необходимо использовать для диагностики рака гортани
а) непрямая ларингоскопия
б) фиброларингоскопия
в) боковая ренгенография
г) томография
д) компьютерная томография
61. Какие формы рака щитовидной железы сохраняют йоднакопительную функцию
а) папиллярная аденокарцинома
б) фолликулярная аденокарцинома
в) медулярный рак
г) плоскоклеточный рак
д) недифференцированный рак
62. Симптомы рака складкового отдела гортани
а) охриплость
б) боль при глотании
в) чувство дискомфорта при глотании
г) затрудненный вдох
д) поперхивание
63. Наиболее частым симптомом злокачественной опухоли кости является
а) патологический перелом
б) наличие опухолевидного образования
в) боли
г)ограничение подвижности в суставе
64. Достаточным для установления диагноза злокачественной опухоли кости является
а) наличие патологического перелома
б) наличие опухолевого образования
в) нарушение функции сустава
г) ни один из них
65. Характерные рентгенологические симптомы для злокачественной опухоли кости
а) литический очаг деструкции с четкими границами
б) патологический перелом кости
в) козырек Кодмена
г) луковичный периостит
д) литический очаг деструкции с нечеткими контурами
66. Наиболее частой локализацией злокачественной опухоли кости является
а) метаэпифизы длинных трубчатых костей
б) плоские кости
в) диазифизы длинных трубчатых костей
г) позвоночник
67.При остеогенной саркоме лечебной тактикой выбора является
а) предоперационная лучевая терапия с отсроченной ампутацией
б) предоперационная лучевая терапия с ампутацией и адьювантной химиотерапией

в) предоперационная химио-лучевая терапия с последующей операцией и послеоперационной химиотерапией
г) 2-4 курса неоадьювантной химиотерапией с последующей операцией и послеоперационной химиотерапией
68. Показателем адекватности при удалении саркомы мягких тканей является
а) удаление опухоли с окружающей ее капсулой
б) иссечение опухоли с окружающими ее мышцами, отступя на 1 см краев новообразования
в) удаление опухоли с мышечно-фасциальным футляром, в котором она расположена
г) удаление опухоли отступя 3 см от ее краев
69. Наиболее часто саркомы костей метастазируют в
а) печень
б) легкие
в) лимфатические узлы
г) кости
70. Пассивное распространение опухоли в почечную или полую вены относят к символу
а) Т3
б) Т4
в) N1
г) Ml
71. Термин «гипернефрома» означает
а) до брокачествеппая опухоль почки
б) злокачественная опухоль почки
в) доброкачественная опухоль надпочечника
г) злокачественная опухоль надпочечника
72. Осложнением рака ободочной кишки может быть все, кроме:
а) перфорации опухоли
б) токсического панкреатита
в) острой кишечной непроходимости
г) кровотечения
73. Укажите основной рентгенологический признак рака ободочной кишки:
а) отсутствие или расстройство перистальтики на ограниченном участке кишки
б) ригидность кишечной стенки на определенном участке
в) нарушение эвакуаторной функции
г) дефект наполнения или плоская «ниша» на контуре кишечной стенки
д) усиленная перистальтика кишечника
74. Выбор метода хирургического вмешательства при раке ободочной кишки не зависит
а) от локализации опухоли
б) от наличия или отсутствия осложнений
в) от общего состояния больного
г) от наличия метастазов
д) от гистологического строения опухоли
75. Резекцию пораженной части кишки в качестве радикальной операции производят при раке
а) слепой кишки
б) восходящей ободочной кишки и печеночного угла
в) поперечной ободочной кишки
г) селезеночного угла и нисходящей ободочной кишки
д) сигмовидной кишки
76. Каково влияние на эпителий молочной железы избыточной продукции эстрогенов?
а) уменьшает пролиферативные процессы
б) усиливает пролиферативные процессы
в) усиливает пролиферативные процессы, способствует возникновению мастопатии и рака
г) на эпителий молочной железы не влияет
77. Риск рака молочной железы уменьшается при потреблении
а) большого количества животных жиров
б) большого количества белков
в) большого количества углеводов
г) большого количества овощей и фруктов, богатых витамином А
78. Отрицательный симптом Кенига характерен для
а) фиброаденомы
б) узловой мастопатии
в) рака молочной железы
г) кисты молочной железы
79. Типичным симптомом внутрипротоковой папилломы является

а) наличие плотного участка с зернистой поверхностью
б) симптом втяжения
в) кровянистые выделения из соска
г) болезненность при пальпации ареолы
80. Наиболее частой клинической формой рака молочной железы является
а) маститоподобная
б) панцирная
в) отечно-инфильтративная
г) рак педжета
д) узловая
81. Прямыми маммографическими признаками рака молочной железы являются
а) тень опухолевого узла
б) утолщение, втяжение, инфильтрация кожи
в) скопление микрокальцинатов
г) деформация структурного рисунка
82. Радикальную мастэктомию обычно проводят по Холстеду, Пейти или Мадену. Общим для всех вариантов является
а) удаление только молочной железы
б) удаление железы, подмышечной и подлопаточной клетчатки с лимфатическими узлами
в) удаление молочной железы и большой грудной мышцы
г) удаление молочной железы, малой грудной мышцы и клетчатки с лимфатическими узлами
д) удаление молочной железы, обеих грудных мышц и клетчатки с лимфатическими узлами
83. Укажите факторы риска при раке легкого
а) непрерывный стаж курения более 30 лет
б) возраст 39-49 лет
в) возраст 50 лет и старше
г) хроническая пневмония
д) нерегулярное питание
84. Рак легкого обычно возникает из
а) эпителия альвеол
б) эпителия бронхов
в) соединительной ткани
г) из всех перечисленных элементов с одинаковой частотой
85. Центральным раком легкого называют опухоли, возникающие из
а) главных, долевых, сегментарных бронхов
б) главных, долевых, сегментарных и субсегментарных бронхов
в) любых бронхов, расположенных в центре легкого
г) любых бронхов, расположенных вблизи корня легкого
86. К периферическому раку легкого относятся
а) перибронхиальный разветвленный
б) пневмониеподобный рак
в) рак Панкоста
г) медиастинальный рак
д) круглая опухоль
87. Для центрального рака легкого характерна триада признаков. Какие?
а) кашель
б) кровохарканье
в) общая слабость
г) одышка
д) похудание
е) снижение аппетита
89. Для какой из форм рака легкого наиболее характерно длительное бессимптомное течение
а) эндобронхиальной
б) перибронхиальной узловой
в) шаровидной
г) рака Пенкоста
90. При какой форме рака легкого наблюдается картина быстротечного пневмонита?
а) эндобронхиальной
б) перибронхиальной
в) пневмониеподобной
г) раке Пенкоста
91. Сигналами тревоги по раку легкого являются
а) стойкий сухой мучительный кашель, продолжительностью более 3 недель

б) высокая температура и одышка в покое в течение 10 лет
в) однократное кровохарканье
г) повышение температуры выше 38 градусов и обильное отделение гнойной мокроты
д) повторные, быстро купирующиеся острые респираторные заболевания, протекающие с кашлем, лихорадкой и нарушением общего состояния
92. Какие исследования следует провести для уточнения диагноза больному, у которого на обзорной рентгенограмме грудной клетки видно затемнение в легком и смещении тени средостения в ту сторону?
а) бронхоскопия
б) томография
в) бронхография
г) ангиопульмография
д) трансторакальная пункционная биопсия
94. Для возникновения рака желудка не имеет значения
а) избыточное потребление поваренной соли
б) количество потребляемой клетчатки
в) инфицирование желудка бактериальной флорой
г) особенности кулинарной обработки продуктов
95. Какое из перечисленных заболеваний не является предраком желудка?
а) хронический атрофический гастрит
б) язвенная болезнь желудка
в) гиперпластические полипы желудка
г) аденоматозные полипы желудка
д) пернициозная анемия
96 Какая форма рака желудка медленнее растет, реже и позже метастазирует?
а) экзофитный
б) инфильтративный
в) блютцеобразный
г) язвенно-инфильтративный
97. Метастаз Крукенберга локализуется:
а) в прямокишечно-пузырной складке
б) в пупке
в) в яичниках
г) между ножками кивательной мышцы
11. Метастаз Шницлера локализуется:
а) в пупке
б) в прямокишечно-пузырной складке
в) в яичниках
г) между ножками кивательной мышцы
д) все верно
98. Какими симптомами может проявляться рак дна желудка без перехода на пищевод?
а) чувство переполнения желудка, «шум плеска» натощак
б) боль в области сердца, напоминающую стенокардию
в) рвота съеденной накануне пищей
г) анемия
99. Какие изменения складок слизистой в области дефекта наполнения являются характерным рентгенологическим признаком рака желудка?
а) деформация
б) истончение
в) обрыв
г) все указанные изменения характерны
100. Какие из перечисленных анатомо-физиологических особенностей определяют основные различия в клинической картине рака правой и левой половин ободочной кишки?
а) длина отделов кишки
б) диаметр кишки
в) консистенция содержимого
г) особенности кровоснабжения
г) дефект наполнения или плоская «ниша» на контуре кишечной стенки
д) усиленная перистальтика кишечника

Приложение 2

Ситуационные задачи по онкологии
(с ответами)

Задача № 1

Пациентка 48 лет обратилась с жалобами на отек, болезненность левой молочной железы. Жалобы возникли 2 недели назад, симптоматика постепенно нарастала. Температура тела 36,6 С. При осмотре: Левая молочная железа больше левой, кожа железы диффузно отечна, гиперемирована. Отмечается повышение локальной температуры. При пальпации умеренно болезненна, диффузно уплотнена за счет отека. Узловые образования не определяются. В левой подмышечной области определяются увеличенные подмышечные лимфатические узлы, плотной консистенции, безболезненные.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения.

Задача № 2

У пациентки 58 лет в постменопаузе при маммографическом исследовании выявлено узловое образование в верхнее-наружном квадранте левой молочной железы. Образование неправильной формы, с тяжами в окружающие ткани, размером 1,5 см. При пункционной биопсии получено подтверждение наличия рака молочной железы, а также высокий уровень рецепторов к эстрогену и прогестерону в опухоли и отсутствие гиперэкспрессии HER2\neu. В анамнезе у пациентки лимфогранулематоз с поражением загрудинных лимфатических узлов, по поводу которого она получала химиолучевое лечение.

Задания:

1. Определите объем обследования для определения стадии заболевания.
2. Какой объем оперативного вмешательства будет предложен этой пациентке и почему?
3. Какая системная терапия может быть предложена этой пациентке, если у нее нет метастазов в подмышечные лимфатические узлы?

Задача №3

Пациентке 32 года, самостоятельно обнаружила опухоль в левой молочной железе. При обследовании по месту жительства выявлено: опухоль в молочной железе размером 1,5 см, при цитологическом заключении поставлен диагноз рак. При исследовании зон регионарного и отдаленного метастазирования данных за мтс не получено.

Задания:

1. Назовите зоны регионарного и отдаленного метастазирования.
2. Поставьте стадию заболевания?
3. Определите тактику лечения.

Задача №4

Пациент Р., 35 лет. Предъявляет жалобы повышение температуры тела до 38 ^{0} в течении нескольких дней подряд, ночную потливость, похудание, кожный зуд, наличие опухолевидного образования в области шеи. При осмотре пальпируются увеличенные шейные и затылочные лимфоузлы. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Живот мягкий, безболезненный. В анализе крови: СОЭ 30 мм\ч, фибриноген 570 мг%, лимфоциты 27%.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Каков объем обследования данной пациентки?
3. Какие клетки обнаруживаются при гистологическом исследовании данного вида опухоли?

Задача №5

К участковому терапевту обратилась пациентка Н, 30 лет с жалобами на увеличение подмышечных, паховых лимфоузлов с обеих сторон. За последние 6 месяцев пациентка похудела на 10 кг, отмечает вечерний подъем температуры тела до 38 С, повышенную ночную потливость. При осмотре: выраженная астения, подмышечные и паховые лимфоузлы резко увеличены, малоподвижны, безболезненны.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Какие диагностические мероприятия могут подтвердить диагноз?

Задача №6

Пациент 69 лет обратился с жалобами на изъязвленное кожное образование в области лба. Со слов пациента образование существует в течение нескольких лет. Отмечает медленный рост образования. 4 месяца назад образовалась маленькая язвочка в области образования, которая постепенно

увеличивается. При осмотре: В области лба поверхностное образование 1,5х2,5 см, выступающее над поверхностью кожи с изъязвлением в центре. Шейные лимфатические узлы не увеличены.
Задания:
1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения.

Задача №7
Пациентка 71 года обратилась с жалобами на образование кожи в области правого плеча, болезненность при поднятии правой верхней конечности. Из анамнеза известно, что образование в этой области существует 3 года. Появилось в зоне ожога, полученного 10 лет назад. В последний год отметила уплотнение образования, увеличение его в размере.
При осмотре: на коже правого плеча образование 4х3 см, слегка выступающее над поверхностью кожи, с наличием гиперкератоза по его периферии. Отмечено значительное увеличение подмышечных лимфатических узлов справа, которые сливаются в конгломерат до 5 см в диаметре. При пальпации имеют плотно-эластическую консистенцию. Безболезненны.
Задания:
1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения.

Задача №8
У пациента 37 лет при обследовании обнаружено увеличение паховых лимфатических узлов слева. При осмотре на коже передней поверхности левой голени пигментное образование неправильной формы до 12 мм, с неровной поверхностью, неоднородной окраски. Из анамнеза: пациент отмечает наличие этого образование с детства, однако за последние полгода отметил увеличение его в размере, изменение формы.
Задания:
1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. Предположительная стадия заболевания.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения.

Задача №9
У пациента 38 лет в косметологической клинике 4 месяца назад было удалено пигментное образование правого предплечья. В настоящее время в области послеоперационного рубца появилось уплотнение с черным пигментным окрашиванием размером 4 мм. Также в подмышечной области справа определяются подмышечные лимфоузлы, увеличенные до 1,5 см, плотноэластичной консистенции.
Задания:
1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения.
Задача №10
У пациентки 58 лет 10 месяцев назад появилась дисфагия, которая постепенно нарастала. В настоящее время с трудом может проглатывать воду. Пациентка резко истощена. При обследовании диагностирован рак кардиального отдела желудка с переходом на абдоминальный отдел пищевода. Над ключицей пальпируется конгломерат плотных лимфатических узлов.
Какова ваша тактика в лечении пациентки*? Какие варианты лечебных мероприятий можно применить в данном случае?*
Задача №11
Пациент 68 лет, длительное время страдает анацидным гастритом, за последние 4 месяца сильно похудел и ослаб.
Чем вызвано подобное состояние пациента*? С помощью, каких исследований можно уточнить диагноз? Что следует предпринять?*

Задача №12
У пациента 60 лет в течение 3-х месяцев появились необъяснимая слабость, отсутствие аппетита, отвращение к мясной пище, стал прогрессивно терять в весе, появились постоянного характера ноющие боли в эпигастрии. В общем анализе крови - признаки анемии.
О каком диагнозе следует прежде всего думать? Какие исследования предпринять?
Задача №13

У пациентки 55 лет появились тяжесть в эпигастральной области после еды, отрыжка, тошнота, рвота съеденной накануне пищей, слабость, потеря веса. В анамнезе - анацидный гастрит.
О каком диагнозе следует думать? Методы диагностики?

Задача №14
У пациента 65 лет появились постоянные боли в эпигастральной области, дисфагия, слабость, похудание, анемия.
О каком заболевании прежде всего необходимо думать? Какие исследования провести?

Задача №15
Пациентку 60 лет в течение 6 месяцев беспокоят ноющие боли в эпигастрии, отсутствие аппетита, похудание. При обследовании выявлен инфильтративный рак тела желудка, прорастающий, по данным лапароскопии, серозную оболочку желудка. В надключичной области слева пальпируется плотный узел. При ультразвуковом исследовании выявлены очаговые изменения в печени.
Поставьте клинический диагноз с учетом системы TNM и стадии. Какое лечение показано пациентке, *прогноз заболевания.*
Задача №16
У пациента 48 лет эндоскопически выявлена язвенно-инфильтративная форма рака тела желудка. Цитологическая и гистологическая верификация - низкодифференцированный рак. При лапароскопии выявлена диссеминация опухолевого процесса по брюшине. При ректальном исследовании - в дугласовом пространстве определяется плотный инфильтрат.
Обоснуйте лечебную тактику для данного пациента.
Задача №17
У пациента 45 лет, крепкого человека, не истощенного, обнаружена опухоль грудного отдела пищевода. Метастазов с помощью доступных методов исследования выявить не удалось.
Какие варианты лечения пациента *могут быть предложены?*

Задача №18
У пациента 60 лет, истощенного и ослабленного человека, обнаружен рак шейного отдела пищевода.
Какова тактика лечения данного пациента*?*

Задача №19
Пациенту 64 лет поставлен диагноз рака нижней трети пищевода IV стадии ввиду наличия метастатического надключичного узла слева. Пациент резко истощен и обезвожен. В момент поступления по пищеводу проходит только вода, жидкая бариевая масса останавливается в пищеводе на уровне опухоли.
Какая помощь может быть оказана пациенту*?*

Задача №20
У пациента 60 лет в течение месяца появилась дисфагия. Эндоскопически в среднегрудном отделе обнаружена циркулярно-расположенная опухоль. Цитологическая верификация - плоскоклеточный ороговевающий рак. Отдаленных метастазов не обнаружено.
Лечебная тактика?
Задача №21
У пациента 60 лет морфологически верифицирован рак нижней трети пищевода. Опухоль прорастает мышечный слой пищевода и занимает более половины окружности. Пальпируется плотный безболезненный надключичный узел, рентгенологически определяются очаговые изменения в легких.
Поставьте диагноз по системе TNM. Какое лечение показано пациенту*?*

Задача №22
Пациентка В., 35 лет. Жалоб нет. При цитологическом исследовании мазков с шейки матки выявлена дисплазия III степени.
Диагностические мероприятия.

Задача №23
Пациентка К., 45 лет, поступила с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, появившиеся 2 месяца тому назад. Менструальная функция не нарушена.
В зеркалах: на шейке матки кровоточащие разрастания ткани ярко-розового цвета в виде цветной капусты, с участками некроза. Выделения кровянистые, умеренные.
При ректовагинальном исследовании: шейка матки неравномерной плотности с участками разрастания ткани, ограничена в подвижности. Тело матки нормальной величины, подвижно, безболезненно. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Параметрии с обеих сторон инфильтрированы, инфильтрат не доходит до стенок таза.

Предполагаемый диагноз. Методы исследования для уточнения диагноза. Лечение.

Задача №24
Пациентка Г., 66 лет. В течение трех месяцев беспокоят мажущие кровянистые выделения из половых путей. Менопауза с 53 лет, в анамнезе бесплодие, миома матки. Сопутствующие заболевания: ожирение, сахарный диабет.
При исследовании в зеркалах: шейка матки чистая, умеренные кровянистые выделения из цервикального канала. При бимануальном влагалищном исследовании патологии со стороны внутренних половых органов не выявлено.
Предполагаемый диагноз. Методы исследования для уточнения диагноза. Лечение.
Задача №25
Пациентка М., 58 лет. Поступила в клинику с жалобами на невыраженные боли внизу живота, увеличение живота в объеме на фоне общего похудания, раннюю насыщаемость, слабость.
При бимануальном ректовагинальном исследовании обнаружена опухоль, заполняющая весь малый таз, бугристая, неравномерной консистенции. В заднем дугласовом пространстве определяются отдельные узлы опухоли в виде безболезненных шипов. Отдельно матку и придатки контурировать не удается.
Предполагаемый диагноз. Методы исследования для уточнения диагноза. Лечение.
Задача №26
У пациента 60 лет выявлен рак почки $T_1N_0M_0$.I стадия.
Какие дополнительные исследования обязательно необходимо провести для решения вопроса об объеме хирургического вмешательства?
Задача №27
У пациентки 50 лет выявлен рак левой почки $T_1N_0M_0$. Опухоль расположена в нижнем полюсе, ее размер 4х3 см. При изотопной ренографии выявлено существенное снижение экскреторной функции правой почки.
Какое лечение показано данной пациентке?

Задача №28
У пациентки 45 лет выявлен рак правой почки $T_2N_xM_1$, одиночный метостаз в правом легком, IV стадия. Общее состояние удовлетворительное, по шкале Карновского 90 баллов.
Какую лечебную тактику следует предпринять?

Задача №29
У пациентки 75 лет выявлен рак левой почки $T_4N_xM_1$ метастазы в оба легких, IV стадия. По данным КТ опухоль распространяется на диафрагму, аорту.
Общее состояние по шкале Карновского 40 баллов.
Какую лечебную тактику следует предпринять, в какую клиническую группу включить?
Задача №30
У пациента 58 лет выявлен рак мочевого пузыря $T_3N_xM_0$, III стадия. От предложенной радикальной операции он отказался.
Имеются ли альтернативные пути лечения этого пациента?
Задача №31
Пациент 70 лет поступил с жалобами на боли внизу живота и над лоном , наличие крови в моче, частое, затрудненное мочеиспускание. Болел в течение года. За медпомощью не обращался.
При обследовании у пациента выявлен инвазивный рак мочевого пузыря $T_4N_xM_0$ с прорастанием в стенки таза с явлением уретерогидронефроза с обеих сторон.
Какую лечебную тактику следует предпринять?

Задача №32
Пациент 55 лет прошел в поликлинике скрининговое исследование – определение уровня PSA в крови. Получен результат исследования 8,5 н/мл. Пациент жалоб не предъявляет.
Что необходимо предпринять врачу?

Задача №33
У мужчины 62 лет выявлен рак предстательной железы $T_2N_0M_0$, II стадия. Состояние удовлетворительное. Сопутствующая патология минимальна.
Какое лечение необходимо предложить пациенту?

Задача №34
Пациент 23 лет обратился к урологу с жалобами на увеличение в размерах яичка. В анамнезе – криптархизм.
Какие исследования необходимо назначить этому пациенту для установления диагноза? Какое показано лечение?

Задача №35
Пациент 52 лет обратился с жалобами на боли в груди, надсадный сухой кашель, одышку. Мокрота отделяется редко и с трудом. Иногда отмечает прожилки крови в мокроте. Болен 2 месяца, за это время нарастает упадок сил и слабость. Температура была повышенной только в первую неделю заболевания. В легких везикулярное дыхание, несколько жестче справа. При рентгенологическом исследовании определяется интенсивная тень треугольной формы, соответствующая нижней доле правого легкого.
О каком заболевании следует думать? Какой план обследования вы наметите? Что могут показать дополнительные исследования, если ваш диагноз подтвердится?

Задача №36
Мужчина 49 лет болен 6 месяцев. При обследовании диагностирован рак нижней доли правого легкого. Пациент в удовлетворительном состоянии. Обнаружен геморрагический экссудат в правой плевральной полости.
С чем связано это осложнение?
Какова тактика лечения пациента*?*
Задача №37
Мужчина 60 лет обратился за медицинской помощью с жалобами на нарастающую слабость, похудание, снижение работоспособности, сухой кашель и боли в правой половине грудной клетки.
Ваш предположительный диагноз? План обследования?

Задача №38
Пациентка 60 лет обратилась к терапевту с жалобами на осиплость голоса. При осмотре обнаружен цианоз кожных покровов, отечность шеи, расширение вен на грудной стенке и в верхней части живота.
Ваш предположительный диагноз? План обследования?

Задача №39
У пациента 52 лет при клинико-рентгенологическом обследовании обнаружена опухоль левого нижнедолевого бронха с метастазами в трахеобронхиальные и бронхолегочные лимфатические узлы. При гистологическом исследовании биоптата из опухоли обнаружен плоскоклеточный рак с ороговением.
Какие исследования необходимо сделать на выявление отдаленных метастазов? Какое лечение применить в результате полученных данных?

Задача №40
У пациентки 60 лет диагностирован фолликулярный рак щитовидной железы с метастазами в шейные лимфатические узлы $T_2N_1M_o$. Лимфатические узлы плотной консистенции, подвижные.
Какое лечение показано больной? Какое исследование показано после проведенного лечения?
Задача №41
У пациентки 55 лет через год после радикальной операции на щитовидной железе по поводу рака появились метастазы в легкие.
Какое лечение показано пациентке? Какое необходимо уточнение для выбора лечения?

Задача №42
У пациентки 55 лет диагностирован недифференцированный рак щитовидной железы. У больной определяется конгломерат плотных, малоподвижных лимфатических узлов в правой половине шеи, цитологически подтверждено их метастатическое поражение.
Какую лечебную тактику следует предпринять?
Задача №43
Женщина 50 лет болеет раком желудка. Имеются отдаленные метастазы в печень, состояние ослабленное. Боли стали не контролируемые. Не может за собой ухаживать и вести активный образ жизни.
К какой клинической группе относится пациентка. Какая дальнейшая лечебная тактика?
Задача №44
У мужчины 70 лет рак тела поджелудочной железы с множественными метастазами в печень, имеется выраженный болевой синдром, который не купируется инъекционными формами анальгетиков.
Как оценить интенсивность боли? Для купирования болевого синдрома какими медикаментозными формами можно воспользоваться?

Задача №45
Мальчик 11 лет жалуется на боли в верхней трети правого бедра, припухлость, повышение температуры тела. При осмотре имеется в верхней трети бедра гипертермия, расширенная венозная сеть, нарушение функции конечностей.

Ваш предположительный диагноз и методы исследования его подтверждающие.

Задача №46

У ребенка 6 лет имеется повышение температуры тела, «ночные боли» в левом бедре. На рентгенограмме бедра в проксимальном метафизе выявлены спикулы, «козырек Кодмана».

Ваш диагноз, лечебная тактика

Задача №47

Пациентке 55 лет в связи с местнораспространенным раком молочной железы после определения гормонорецепторного Ki-67 и Her 2/neo статуса опухоли перед операцией проводят два курса полихимиотерапии с оценкой лечебного эффекта.

Как называется этот вид полихимиотерапии?

Задача №48

Пациентку 58 лет после операции по поводу рака восходящей ободочной кишки T4aN2M0, IIIб стадия, проводят 6 курсов полихимиотерапии.

Как называется этот вид лечения, с какой целью это делают?

Задача №50

Пациентка 58 лет жалуется на слабость, недомогание, периодическое повышение температуры тела до 37,2-37,4°С, непостоянные боли в животе без четкой локализации. Стул регулярный, оформленный. В общем анализе крови - выраженная анемия (гемоглобин – 48 г/л). При эндоскопическом исследовании желудка патологии не выявлено.

О каком заболевании необходимо думать врачу? Какие исследования провести? Лечебная тактика?

Задача №51

Пациент 60 лет жалуется на вздутие, урчание, чередование запоров и поносов в течение последних 2-х месяцев, наличие в кале примеси крови и слизи. При пальпации брюшной полости опухолевых образований не обнаружено. Ректальное исследование патологии не выявило. Инфекционная патология исключена.

О каком заболевании необходимо думать врачу? Какие исследования надо провести? Лечебная тактика?

Задача №52

Пациент 60 лет за последние 4 месяца заметил появление запоров, вздутие и урчание кишечника. Сутки назад появились схваткообразные боли в животе, перестали отходить газы. Стула не было 2 дня. Пульс 92 удара в минуту. Живот вздут, при пальпации болезненный в левой половине. Перкуторно - тимпанит. Перистальтика усилена. Симптом Блюмберга отрицательный. Ампула прямой кишки свободна, пустая.

Предположительный диагноз? Какую лечебную тактику предпринять врачу?

Задача №53

У пациента 45 лет диагностирован рак восходящей ободочной кишки, опухоль прорастает серозную оболочку кишки, имеются 2 метастаза в периколические лимфатические узлы. Отдаленных метастазов не выявлено.

Обоснуйте диагноз по системе TNM, стадию и назначьте соответствующее лечение.

Задача №54

Пациент 58 лет обратился к врачу с жалобой на появившиеся запоры и наличие примеси крови в каловых массах. Болен около месяца. При ректальном пальцевом исследовании на задней стенки прямой кишки в 5 см от заднего прохода выявлено плотное малоболезненное образование.

Предварительный диагноз? План обследования? Лечение?

Задача №55

Пациент 68 лет жалуется на боли в заднем проходе, недержание газов, кровянистые выделения из заднего прохода вне акта дефекации. При осмотре области заднего прохода выявлена плотная неподвижная, бугристая опухоль, прорастающая сфинктер прямой кишки, распространяющаяся на кожу промежности. Пальпируются увеличенные плотные паховые лимфатические узлы с обеих сторон. Очаговых изменений в печени и легких не выявлено.

Обоснуйте диагноз и лечебную тактику.

Задача №56

У пациента Д., 60 лет, диагностирован рак головки поджелудочной железы с прорастанием в холедох, 12-перстную кишку, забрюшинное пространство, воротную вену. Клинически имеется прогрессирующая желтуха с синдромом Курвуазье, нарушение эвакуации пищи из желудка.

Укажите лечебную тактику в данном случае

Задача №57

Пациент В., 60 лет, жалуется на боли в эпигастрии, тошноту, желтушность и зуд кожи, темную мочу и светлый кал. Болен в течение 3-х недель. При пальпации в правом подреберье определяется увеличенный безболезненный желчный пузырь.
Укажите характер и вероятные причины желтухи, а также диагностические исследования, показанные пациенту.

Задача №58

У пациента В., 55 лет, диагностирован рак головки поджелудочной железы. Механическая желтуха в течение недели. Синдром Курвуазье положительный. Отдаленных метастазов при обследовании не выявлено.
Какое лечение показано пациенту

Задача №59

Пациент М., 47 лет, на фоне хронического панкреатита в течение последних 2 месяцев стал отмечать нарастающую слабость, похудание, боли в эпигастрии опоясывающего характера с иррадиацией в спину. При УЗИ в проекции хвоста поджелудочной железы определяется объёмное образование, без чётких контуров, диаметром до 5,0 см.
Укажите предварительный диагноз и определите диагностическую и лечебную тактику.

Задача №60

У пациента А. выявлена аденокарцинома головки поджелудочной железы, у пациента В. – аденокарцинома тела поджелудочной железы, у пациента С. – аденокарцинома головки с переходом на тело поджелудочной железы, у пациента Д.- нейроэндокринная опухоль хвоста поджелудочной железы с метастазом в 3-й сегмент печени 2х3 см. У всех пациентов нет противопоказаний к операции и по данным исследований все опухоли резектабельны.

Определите лечебную тактику для каждого из пациентов.

Задача №67

У пациента в с жалобами на постоянные боли в подложечной области, потерю аппетита, прогрессирующее похудание и слабость в поликлинике обнаружен и подтвержден при эндоскопической биопсии рак тела желудка. Слева между ножками грудинно-ключично-сосцевидной мышцы пальпируется безболезненный плотный бугристый узел.
Поставьте стадию заболевания, клиническую группу. Какие учётные формы следует заполнить?

Задача №68

У пациента Д., 58 лет, через 3 года после гастрэктомии по поводу рака желудка T2N0M0, I стадия диагностирован рак предстательной железы T4N1M0, IУ стадия.
Сформулируйте клинический диагноз с указанием клинической группы по каждому заболеванию и определите лечебную тактику.

Задача №69

У пациента С. 50 лет, диагностирована узловая форма гепатоцеллюлярного рака (в правой доле печени узел менее 5 см). От предложенного хирургического лечения пациент и его родственники категорически отказались.
Какие методы лечения могут быть использованы в данном случае?

Задача №70

Пациенту А., 45 лет, 1,5 года тому назад выполнена левосторонняя гемиколэктомия по поводу рака нисходящей ободочной кишки. При контрольном обследовании в проекции 2 и 3 сегментов печени определяются 2 опухолевых очага размером 3,0 и 4,0 см в диаметре.
Определите диагностическую и хирургическую тактику.

Приложение 3

1. Морфологическая характеристика доброкачественных и злокачественных опухолей.
2. Злокачественные опухоли языка и слизистой оболочки щеки, дна полости рта, твердого и мягкого неба. Диагностика. Лечение.
3. Рак молочной железы: биопсия сигнальных лимфатических узлов (показания, методика), необходимость изотопных исследований.
4. Методы получения материала для верификации диагноза (цитологической, гистологической) из опухолей. Взятие мазков для цитологического исследования, изготовление мазков- отпечатков. Взятие секционного, операционного и биопсийного материала для гистологического исследования. Срочное биопсийное исследование.
5. Опухоли носоглотки, ротоглотки и гортаноглотки. Классификация. Диагностика. Лечение
6. Рак молочной железы: современные аспекты этиологии и патогенеза, диагностика, определение стадии и факторов прогноза.
7. Этиология опухолей, канцерогенез. Рак как результат накопления мутаций. Рак и возраст: молекулярно- генетические аспекты. Старение и рак: общие механизмы патогенеза.
8. Злокачественные опухоли щитовидной железы. Диагностика. Лечение.
9. Рак молочной железы: эволюция хирургического лечения, виды оперативных вмешательств, показания к органосохраняющему лечению.
10. Принципы диагностики злокачественных опухолей. Цитологическое и гистологическое исследования в онкологии.
11. Опухоли средостения. Классификация. Диагностика. Лечение
12. Рак молочной железы: показания и противопоказания к химио- , гормонотерапии, таргетной терапии, неоадъювантная и адъювантная лекарственная терапия, перспективы лекарственного лечения рака молочной железы, необходимость внедрения молекулярно- генетического профилирования.
13. Организация скрининга злокачественных новообразований. Роль скрининга для ранней диагностики и профилактики рака.
14. Рак легкого. Профилактика. Клинико- анатомическая классификация. Особенности клинического течения. Принципы диагностики и лечения.
15. Рак молочной железы: стандарты системной терапии больных ранними формами.
16. Клинико- лабораторные методы исследования в онкологии. Опухолевые маркёры и их роль в онкологии.
17. Опухоли плевры (мезотелиома) : классификация, диагностика, современные методы лечения (панплевропневмонэктомия) .Метастатическое поражение легких и плевры.
18. Рак молочной железы: тактика выбора лечения у больных метастатическим раком молочной железы; факторы выбора терапии.
19. Лучевые методы исследования в онкологии. Инвазивные методы диагностики в онкологии.
20. Рак желудка. Группы риска. Возможности раннего выявления. Клиническая кар- тина в зависимости от локализации и формы роста опухоли. Особенности метастазирования. Виды радикальных оперативных вмешательств. Лучевая терапия. Лекарственная терапия. Результаты лечения.
21. Рак молочной железы: современные возможности лучевой терапии.
22. Рентгенодиагностические исследования в онкологии. Метод ультразвуковой диагностики в онкологии.
23. Рак ободочной кишки. Группы риска. Особенности клинического течения. Методы диагностики. Принципы лечения.
24. Местно- распространенный и генерализованный рак молочной железы.
25. Радиоизотопные исследования в онкологии: остеосцинтиграфия (ОСГ) , миелосцинтиграфия (МСГ) , позитронно- эмиссионная томография (ПЭТ) .
26. Рак прямой кишки. Группы риска. Клиническая картина в зависимости от локализации и формы роста. Принципы диагностики и лечения
27. Наследственный рак молочной железы и яичников. Классификация. Диагностика. Лечение.
28. Эндоскопические методы исследования в онкологии.
29. Нейроэндокринные опухоли желудочно- кишечного тракта (НЭО) . Профилактика. Диагностика. Методы лечения. Осложнения. Исходы. Прогноз.
30. Скрининг, профилактика и ранняя диагностика рака молочной железы.
31. Иммуногистохимические исследования в онкологии.
32. Гастроинтестинальные стромальные опухоли (ГИСТ) . Профилактика. Диагностика. Методы лечения. Осложнения. Исходы. Прогноз.
33. Предопухолевые заболевания и доброкачественные опухоли молочных желез.

34. Общие принципы хирургического лечения злокачественных опухолей: особенности онкологических операций (диагностические, лечебные), операбельность и резектабельность. Факторы, определяющие объем онкологических операций, паллиативные и симптоматические операции.
35. Опухоли билиопанкреатодуоденальной области. Профилактика. Диагностика. Методы лечения. Осложнения. Исходы. Прогноз.
36. Неэпителиальные опухоли кожи. Классификация. Диагностика. Лечение.

37. Общие принципы лучевой терапии злокачественных опухолей. Радиобиологические основы лучевой терапии. Физические основы лучевой терапии злокачественных опухолей.
38. Рак поджелудочной железы. Заболеваемость и смертность. Клиническая картина в зависимости от локализации опухоли. Принципы диагностики. Способы морфологического подтверждения диагноза. Информативность различных методов диагностики. Показания к инвазивным методам. Принципы хирургического лечения.
39. Эпителиальные опухоли кожи. Классификация. Диагностика. Лечение.

40. Лучевые реакции и осложнения у онкологических больных.
41. Первичные и метастатические опухоли печени. Возможности дифференциальной диагностики и лечения.
42. Рак кожи: заболеваемость, меры профилактики, особенности клинического течения базалиом и плоскоклеточного рака, принципы диагностики и лечения.
43. Общие принципы лекарственной терапии злокачественных опухолей и пути введения противоопухолевого вещества.
44. Доброкачественные забрюшинные внеорганные опухоли: общая характеристика, клиника, диагностика и лечение.
45. Меланома кожи: особенности роста и метастазирования, принципы диагностики и лечения, изолированная гипертермическая перфузия конечностей при местных рецидивах меланом конечностей.

46. Побочные реакции и осложнения лекарственной терапии злокачественных опухолей.Профилактика и лечение побочных реакций и осложнений лекарственной терапии злокачественных опухолей.
47. Злокачественные забрюшинные внеорганные опухоли: общая характеристика, клиника, диагностика и лечение.
48. Пигментные невусы: классификация, факторы, способствующие их озлокачествлению, диагностика и лечение.
49. Гормонотерапия злокачественных опухолей. Показания, противопоказания. Механизмы действия. Осложнения.
50. Рак шейки матки: факторы риска, современные возможности профилактики и ранней диагностики, заболеваемость, клиника, диагностика и лечение.
51. Опухоли мягких тканей. Классификация. Диагностика. Лечение.
52. Таргетная терапия злокачественных опухолей. Показания, противопоказания. Механизмы действия. Осложнения. Индивидуализация лекарственной терапии в онкологии.
53. Рак тела матки: факторы риска, заболеваемость и смертность, особенности клинического течения (гормонозависимый и гормононезависимый типы), принципы диагностики и лечения.
54. Злокачественные опухоли мягких тканей: принципы диагностики и лечения.
55. Понятие о высокодозной химиотерапии. Показания, противопоказания. Осложнения. Непосредственные и отдаленные результаты лечения. Метрономная терапия. Показания, противопоказания. Механизмы действия. Осложнения.
56. Злокачественные опухоли яичников: заболеваемость и смертность, классификация, возможности ранней диагностики, дифференциальная диагностика, лечение.
57. Саркомы мягких тканей. Классификация. Диагностика. Лечение.
58. Новые поддерживающие средства (противорвотные, бисфосфонаты, КСФ) , применяемые в онкологии.
59. Трофобластическая болезнь: клиническое течение пузырного заноса, методы диагностики, профилактика злокачественных форм трофобластической болезни, хорионкарци- нома матки, клиника, диагностика, современные возможности лечения.
60. Опухоли костей. Классификация. Диагностика. Лечение.

61. Ургентные состояния в онкологии и их лечение (синдром сдавления верхней полой вены, синдром распада опухоли, синдром компрессии спинного мозга (СКСМ), гиперкальциемия, фебрильная нейтропения (ФН), кровотечения при злокачественных опухолях органов грудной и брюшной полостей, нарушение проходимости желудочно- кишечного тракта и желчевыводящих путей, патологические переломы костей).
62. Опухоли мочевого пузыря. Классификация. Диагностика. Лечение.

63. Злокачественные опухоли костей: особенности клиники, диагностики и лечения.
64. Паллиативная медицинская помощь в онкологии.
65. Рак мочевого пузыря: факторы риска, клиника, методы диагностики, принципы лечения.
66. Саркома Юинга. Диагностика. Лечение.
67. Болевой синдром в онкологии. Диагностика. Трехстепенчатая система ВОЗ. Фармакология препаратов, применяемых для лечения. Профилактика.
68. Опухоли почек. Классификация. Диагностика. Лечение.
69. Метастазирование рака в лимфатические узлы из не выявленного первичного очага. Диагностика. Возможные локализации первичного очага.
70. Злокачественные опухоли и беременность.
71. Рак почки: ренальные и экстраренальные симптомы, принципы диагностики и лечения.
72. Метастазирование рака в кости из не выявленного первичного очага. Диагностика. Лечебная тактика.

73. Особенности диагностики опухолей у детей, общие принципы и особенности лечения опухолей у детей.
74. Рак предстательной железы: заболеваемость, клиника, дифференциальная диагностика, принципы лечения.
75. Метастатическое поражение головного мозга. Диагностика. Лечение.

ПАТОЛОГИЯ

1. Основные понятия нозологии. Болезнь как нарушение гомеостаза.

2. Номенклатура и классификация болезней.

3. Общая этиология. Общий патогенез. Причинно-следственные взаимоотношения в патогенезе.

4. Венозная гиперемия. Причины, механизмы, последствия.

5. ДВС - синдром. Стадии. Патогенез.

6. Экссудация. Механизмы развития. Значение.

7. Фагоцитоз при воспалении. Причины эмиграции лейкоцитов в очаг воспаления. Механизмы фагоцитарной деятельности лейкоцитов.

8. Понятие об иммунном гомеостазе, механизмы гуморального и клеточного иммунитета.

9. Опухоли. Определение сущности опухолевого роста. Этиология опухолей. Современные теории опухолевого роста. Современная классификация опухолей. Принципы ее построения. Вторичные изменения в опухолях.

10. Доброкачественные, злокачественные и опухоли с местным деструирующим ростом. Критерии злокачественности. Понятие о рецидиве.

ПЕДАГОГИКА

1. Определите место педагогики в системе современного человекознания.

2. Назовите способы структурирования содержания образования и проиллюстрируйте их на примере.

3. Дайте характеристику законодательным актам в сфере образования.

4. Какие документы составляют нормативную основу образования?

5. Что означает понятие «обучение»? Как ваше собственное понимание этого понятия соотносится с его научной трактовкой?

6. В чем обнаруживается сходство и различие процессов обучения и лечения как древнейших видов гуманитарной практики?

7. Какие типы и виды обучения оптимальны на доклиническом и клиническом этапах медицинского образования?

8. В чем суть поэтапного формирования знаний и умений? Пояснить на примерах.

9. Какие требования к выбору форм организации познавательной деятельности обучаемых на учебном занятии существуют в дидактике?

10. Что лежит в основе классификации форм организации познавательной деятельности? Как связаны между собой формы организации познавательной деятельности и цели обучения?

11. От чего зависит выбор форм организации познавательной деятельности к конкретному занятию?

12. Какие формы обучения наиболее рационально использовать на разных этапах обучения в медицинском вузе и при обучении разных категорий обучаемых (медицинский персонал, пациенты, их родственники)?

Инфекционные болезни, в том числе туберкулез

1. Этиология, патогенез, патоморфология и эпидемиология туберкулеза. Классификация туберкулеза и методы обследования больных туберкулезом.

2. Основные клинические симптомы и синдромы легочного и внелегочного туберкулеза. Инструментальные и лабораторные методы диагностики туберкулеза.

3. Понятие об остропрогрессирующих формах туберкулеза. Особенности течения туберкулеза в современных условиях. Туберкулез и ВИЧ-инфекция.

4. Осложнения легочного и внелегочного туберкулеза. Диагностика и дифференциальная диагностика. Неотложные мероприятия при легочном кровотечении, спонтанном пневмотораксе, инфекционно-токсическом шоке.

5. Хирургические методы лечения легочного и внелегочного туберкулеза.

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. Медицинское право, как отрасль права.

2. Источники медицинского права.

3. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья.

4. Права и обязанности медицинских работников.

5. Понятие и виды медико-социальной помощи.

6. Особенности медицинской услуги

7. Особенности регулирования труда медицинских работников

8. Правонарушение и юридическая ответственность

9. Гражданско-правовая ответственность субъектов предоставления и оказания медико-социальной помощи.

10. Дисциплинарная ответственность медицинских работников.

11. Административная ответственность должностных лиц.

12. Уголовная ответственность медицинских работников.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

1. Дайте определение науки «Общественное здоровье и здравоохранение». Задачи общественного здоровья и здравоохранения. Объект изучения общественного здоровья и здравоохранения.

2. Какие методы используют при изучении общественного здоровья и здравоохранения?

3. Назовите главные критерии оценки эффективности системы здравоохранения.

4. Назовите базовые функции системы здравоохранения.

5. Дайте определения фактора риска. Перечислите факторы риска и кратко охарактеризуйте.

6. Дайте определение медицинской демографии и перечислите ее основные разделы.

7. Перечислите известные Вам исторически сложившиеся на этапах развития названия предмета Общественное здоровье и здравоохранение. С чем связано существование большого числа названий предмета?

8. Воспроизводство населения (естественное движение населения).

Общие и специальные показатели, методика расчета, анализ и оценка

9.Миграция населения: внешняя, внутренняя (урбанизация,

сезонная). Факторы, ее определяющие. Влияние миграции на здоровье населения

10. Естественный прирост населения, факторы на него влияющие.

Противоестественная убыль населения.

11. Дайте определения “заболеваемость”, распространенность болезней”,

патологическая пораженность”

12.От чего зависит полнота учета заболеваемости?

Министерство здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики
Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Медицинский факультет
Центр медицинского послевузовского образования

УТВЕРЖДАЮ
Министр здравоохранения ПМР
_____ К.В.Албул
«4» 01 2024 г.

СОГЛАСОВАНО
Ученым советом факультета
протокол № 5
от «29» 12 2023 г.
Председатель
Ученого совета факультета
_____ Г.Н.Самко

ПРОГРАММА
ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ

образовательной программы
высшего образования- программы ординатуры

Специальность **31.08.58 ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ**

Квалификация выпускника: врач – оториноларинголог
Трудоемкость: 108 часов-3з.е.
Сроки проведения: 24.06.24 – 6.07.24г.

Тирасполь, 2023

Программа итоговой государственной аттестации образовательной программы высшего образования- программы ординатуры по специальности 31.08.58 Оториларингология разработана в соответствии с Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.58 Оториноларингология (утвержденным Приказом Министерства Просвещения Приднестровской Молдавской Республики № 676 от 28.07.2021г. «Об утверждении и введении в действие Государственного образовательного стандарта послевузовского профессионального образования - ординатуры)

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании кафедры Хирургии с циклом онкологии протокол №4 от «20» ноября 2023 г.
Заведующий кафедрой Хирургии с циклом онкологии _____ Фомов Г.В.

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УМК факультета

«12» 12 2023 г. (протокол № 4)

Председатель УМК _____ А.В. Васильчук

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УС факультета

«29» 12 2023 г. (протокол № 5)

Председатель УС _____ Г.Н. Самко

Программу составили:

Ассистент _____ Нагачевский О. П

Содержание

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.
2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры
3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации.
4. Форма и структура итоговой государственной аттестации.
4.1 Форма итоговой государственной аттестации.
4.2 Трудоёмкость итоговой государственной аттестации.
4.3 Структура итоговой государственной аттестации.
5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.
6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации.
6.1 Критерии оценки результатов тестирования
6.2 Критерии оценки практических навыков и умений.
6.3 Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.
7. Содержание государственного экзамена.
7.1 Тестирование
7.2 Практические навыки.
7.3. Устное собеседование
8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

Приложения

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.

Цель - определение соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры требованиям Государственному образовательному стандарту послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.58 «Оториноларингология».

Задачи:

— установление уровня подготовки выпускника к выполнению профессиональных задач (оценка степени сформированности всех компетенций, предусмотренных Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.58 «Оториноларингология», характеризующих готовность выпускников к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации - врач - оториноларинголог).

— принятие решения о выдаче обучающемуся, успешно прошедшему итоговую государственную аттестацию по программе ординатуры, диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации.

2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры

Итоговая государственная аттестация относится к базовой части программы - Блок 3. итоговая государственная аттестация и завершает процесс освоения имеющих государственную аккредитацию образовательных программ ординатуры.

Итоговая государственная аттестация образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.01 «Оториноларингология» завершается присвоением квалификации " врач - оториноларинголог".

3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путём обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- физические лица женского пола (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку готовности выпускников, освоивших программу ординатуры, к следующим видам профессиональной деятельности:

— профилактическая;
— диагностическая;
— лечебная;
— реабилитационная;
— психолого-педагогическая;
— организационно-управленческая.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

а) готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу - УК1;

б) готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия - УК2;

в) готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование - УК3.

Профессиональные компетенции (ПК):

а) профилактическая деятельность:

1) готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания - ПК1;

2) готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными - ПК2;

3) готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях - ПК3;

4) готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медикостатистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков - ПК4;

б) диагностическая деятельность - готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - ПК5;

в) лечебная деятельность:

1) готовностью к ведению, и лечению пациентов, нуждающихся в оказании оториноларингологической медицинской помощи - ПК6;

2) готовностью к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации - ПК7;

г) реабилитационная деятельность - готовностью к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении - ПК8;

д) психолого-педагогическая деятельность - готовностью к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих - ПК9;

е) организационно-управленческая деятельность:

1) готовностью к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях - ПК10;

2) готовностью к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей - ПК11.

4.Форма и структура итоговой государственной аттестации

4.1.Форма итоговой государственной аттестации

Итоговая государственная аттестация обучающихся по образовательной программе ординатуры 31.08.58 «Оториноларингология» проводится в форме государственного экзамена.

4.2.Трудоёмкость итоговой государственной аттестации

Объем итоговой государственной аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) - сдачу государственного экзамена.

4.3.Структура итоговой государственной аттестации

В Блок 3 " Итоговая Государственная аттестация" входят подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена. Перед государственным экзаменом по специальности для ординаторов проводятся предэкзаменационные консультации по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в три этапа:

1 этап - тестирование, проводится для получения сертификата специалиста, имеет целью определить готовность специалиста к самостоятельной профессиональной (медицинской) деятельности (согласно Приказу Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 31.05.2022г №477 «Об утверждении Порядка приема граждан на обучение по образовательным программам послевузовского профессионального образования – программам ординатуры, а также Порядка реализации образовательных программ послевузовского профессионального образования – программ ординатуры» (регистрационный № 11145 от 15 июля 2022 года) (САЗ 22-27)). Во время тестирования обучающийся выбирает правильный(е) ответ(ы) из предложенных нескольких вариантов ответов. Каждый обучающийся отвечает на 100 тестовых вопросов, на решение которых отводится 120 минут(2 астрономических часа).

2 этап - оценка практических навыков и умений - состоит из демонстрации практических навыков и умений, приобретенных в результате освоения программы ординатуры.

3 этап – устный экзамен по дисциплине Оториноларингология с целью определения сформированности профессиональных компетенций выпускника, профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения. Каждый билет состоит из пяти теоретических вопросов, в процессе проведения государственного экзамена обучающемуся могут быть заданы уточняющие или дополнительные вопросы в рамках билета. На подготовку к ИГА ординатору выделяется 2 недели. После выбора билета ординатор готовится к ответу 30 минут, отвечает согласно регламенту 20 минут. По решению комиссии обучающийся может быть освобожден от необходимости полного ответа на вопрос билета, уточняющий или дополнительный вопрос.

Этапы государственного экзамена	Компетенции, которые оцениваются в ходе этапа
1 этап - в форме тестирование	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7 ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11.
2 этап - оценка практических навыков и умений	
3 этап – устный экзамен по дисциплине	

5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.

Проведение ИГА определяется календарным учебным графиком, выполнением индивидуального плана ординатора и расписанием ИГА.

Перед итоговой государственной аттестацией обучающиеся должны ознакомиться с программой ИГА. Подготовка к государственному экзамену может проводиться в формах, как устного повторения пройденных дисциплин (с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д.), так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.

6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации. Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

6.1. **Критерии оценки результатов тестирования**

Подведение **итогов 1 этапа в форме тестирования. Результат решения тестов оценивается по ятибалльной системе:**

- 49% и менее правильных ответов - «неудовлетворительно»;
- 50% - 70% - «удовлетворительно»;
- 71% - 84% - «хорошо»;
- 85% - 100% - «отлично».

6.2. Критерии оценки практических навыков и умений

Результаты 2 этапа определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол ИГА. Обучающиеся, получившие оценку «неудовлетворительно» к 3 этапу государственного экзамена не допускается, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений;

- «хорошо» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет;

- «удовлетворительно» - обучающийся обладает удовлетворительными теоретическими знаниями - знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний - не знает методики выполнения, практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и т.д.; и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

6.3. Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.

Результаты 3 этапа государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой

классификации, правильно отвечает на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «хорошо» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «удовлетворительно» - обучающийся показывает частичное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз с учетом принятой классификации. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций, демонстрируя поверхностное знание предмета;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не показывает освоение планируемых результатов обучения по пройденным темам, не может сформулировать диагноз или неправильно его ставит. Не может правильно ответить на большинство дополнительных вопросов, характеризующих уровень освоения необходимых компетенций.

7. Содержание государственного экзамена

7.1. Тестировние: Приложение 1
7.2. Практические навыки: Прилодение 2
7.3. Устное собеседование Приложение 3

Приложение 1

1. При поражении раком гортани из каких этажей гортани раньше всего возникают метастазы:
а) верхнего
б) среднего
в) нижнего
г) всех

2. Возможно ли излечение больного пахидермией гортани путем медикаментозного и эндоларингеального "воздействия"?
а) да
б) нет
в) чаще да
г) чаще нет

3. Возможна ли инволюция папилломатоза гортани?
а) да
б) нет
в) очень редко
г) очень часто

4. К молниеносному стенозу гортани может привести:
а) дифтерия гортани
б) опухоль
в) парез голосовой складки
г) инородное тело гортани

5. Неравномерная мраморность кожи характерна для стеноза гортани:
а) 1ст
б) 2ст
в) 3ст
г) 4ст

6. При остром стенозе гортани 3 ст у детей чаще выполняют?
а) нижнюю трахеостомию
б) верхнюю трахеостомию
в) среднюю трахеостомию
г) все верно

7. В каком отделе гортани более выражена лимфатическая сеть?
а) вестибулярный отдел
б) средний отдел
в) подскладочный отдел
г) во всех

8. Имеется ли лимфаденоидная ткань в толще слизистые оболочки гортани?
а) да
б) нет
в) более выражена в среднем отделе
г) менее выражена в среднем отделе

9. Укажите, на каком из приведенных уровней находится бифуркация трахеи?
а) на уровне 3-го грудного позвонка
б) на уровне 5-го грудного позвонка
в) на уровне 7-го грудного позвонка
г) на уровне 8-го грудного позвонка

10. Укажите мышцы гортани, суживающие голосовую щель – все верно, кроме :
а) задняя перстне-черпаловидная мышца
б) поперечная межчерпаловидная мышца
в) косая мышца
г) боковая мышца

11. На уровне каких шейных позвонков соответствуют верхняя и нижняя границы гортани ребенка?
а) III-IV шейный позвонок
б)IV-VI шейный позвонок
в)III-V шейный позвонок
г) III-VI шейный позвонок

12. Особенности строения гортани у новорожденных:
а) надгортанник имеет длинный стебель
б) лепесток надгортанника свернут в полутрубку
в) расположена на уровне III-V шейных позвонков
г) все верно

13. Хондро-перихондрит гортани возникает при распространении инфекции:
а) гематогенным путем
б) лимфогенным путем
в) контактным путем
г) травматическим путем

14. Парез гортани при клещевом менингоэнцефалите носит характер:
а) периферического
б) центрального
в) рефлекторного
г) смешанного

15. Воздушная киста гортани возникает чаще всего в :
а) гортанных желудочках
б) грушевидных синусах
в) валекулах
г) все верно
16. Папилломы гортани гистологически относятся к опухолям:
а) эпителиальным
б) мезенхимальным
в) соединительнотканным
г) фиброзным

17. Валекулы это?
а) ямки между язычно-надгортанными складками
б) ямки при переходе гортаноглотки в пищевод
в) углубления в области устьев слуховых труб
г) углубления на небных миндалинах

18. Гиалиновые хрящи гортани – все верно, кроме:
а) надгортанный
б) щитовидный
в) перстневидный
г) черпаловидный

19. Суставы гортани:
а) перстнечерпаловидный
б) перстнещитовидный
в) все верно
г) нет правильных вариантов

20. Возбудитель рожистого воспаления наружного уха:
а) стрептококк
б) стафилококк
в) пневмококк
г) кишечная палочка

21. При инородном теле бронха развивается:
а) ателектаз части легкого
б) абсцесс легкого

в) кровотечение
г) все верно

22. Наиболее мощная связка гортани:
а) щитоподъязычная мембрана
б) коническая связка
в) надгортанно-щитовидная связка
г) язычно-надгортанная связка

23. Объем движений в перстнечерпаловидном суставе:
а) вперед - назад
б) медиально
в) латерально
г) все верно

24. Мышцы опускающие надгортанник:
а) черпалонадгортанная
б) щитонадгортанная
в) все верно
г) все неверно
25. Наличие эозинофилии и плазматической инфильтрации при гистологическом исследовании ларингеального полипа подтверждает их этиологию:
а) воспалительную
б) аллергическую
в) опухолевую
г) идиопатическую

26. Поверхностное дыхание, бледно-серый цвет кожных покровов характерен для стеноза гортани:
а) 1 ст
б) 2 ст
в) 3 ст
г) 4 ст

27. Перечислите основные жалобы больных острым катаральным ларингитом:
а) охриплость, кашель
б) нарушение общего состояния
в) неприятные ощущения в горле
г) все верно

28. Укажите причины острого ларингита:
а) инфекция, простуда
б) перенапряжение голоса
в) запыленность, загазованность,
г) все верно

29. К хроническому ларингиту относится ларингит:
а) катаральный
б) гипертрофический
в) атрофический
г) все верно

30. Опишите лариногоскопическую картину атрофичесого ларингита:
а) истончение слизистой оболочки, ее сухость
б) густая слизь и корки на слизистой оболочке
в) гиперемия слизистой оболочки гортани
г) стеноз

31. К симптомам острого подскладочного стенозирующего ларингита относится:
а) внезапное начало
б) инспираторная одышка, стеноз
в) чистый голос, лающий кашель
г) все верно

32. К анатомическим отделам гортани относится:
а) вестибулярный
б) складочный
в) подскладочный
г) все верно

33. Обтурация крупных бронхов бывает:
а) полная
б) неполная
в) клапанная
г) все верно

34. Перечислите основные жалобы больных хроническим гипертрофическим ларингитом:
а) охриплость
б) повышенная утомляемость горла
в) неприятные ощущения в горле
г) все верно

35. Расстройство двигательной функции в виде полного отсутствия произвольных движений вследствие нарушения иннервации соответствующих мышц:
а) парез гортани
б) паралич гортани
в) хондроперихондрит гортани
г) все неверно

36. К причинам периферического паралича гортани относится чаще всего:
а) патология щитовидной железы
б) медицинская травма
в) все верно
г) все неверно

37. Тяжесть заболевания при одностороннем параличе гортани обусловлена:
а) не смыканием голосовой щели
б) срединным положением голосовых складок, приводящим к стенозу гортани
в) все верно
г) все неверно

38. Тяжесть заболевания при двустороннем параличе гортани обусловлена:
а) не смыканием голосовой щели
б) срединным положением голосовых складок, приводящим к стенозу гортани
в) все верно
г) все неверно

39. Дыхательные пути защищены от аспирации во время глотания рефлекторными механизмами:
а) движение гортани вверх и наклон её вперед
б) аддукцию голосовых складок
в) координацию дыхания и глотания
г) все верно

40. Нарушение иннервации гортани приводит к нарушению функции гортани:
а) дыхательная
б) защитная
в) голосообразовательная
г) все верно

41. Основные жалобы при одностороннем параличе гортани - все верно, кроме :
а) охриплость различной степени тяжести;
б) стеноз
в) попёрхивание, боль и ощущение инородного тела на поражённой стороне
г) одышка, усиливающаяся при голосовой нагрузке;

42. Признаками вывиха перстнечерпаловидного сустава считают:
а) отсутствие симметричности суставов, наличие признаков воспаления в области сустава

б) смещение черпаловидного хряща
в) ограничение подвижности или полную неподвижность голосовой складки на стороне повреждения
г) все верно

43. Методы хирургического лечения одностороннего паралича гортани:
а) реиннервация гортани
б) тиреопластика
в) имплантационная хирургия
г) все верно

44. По распространённости процесса выделяют следующие формы папилломатоза:
а) ограниченная
б) распространённая (папилломы локализуются с одной или двух сторон и распространяются за пределы внутреннего кольца гортани или располагаются в области передней комиссуры с закрытием голосовой щели на 2/3)
в) облитерирующая
г) все верно

45. Основной клинический признак папилломатоза гортани:
а) нарушение глотания
б) охриплость голоса и нарушения дыхания
в) стеноз
г) афония

46. Этиология папилломатоза гортани:
а) ДНК-содержащий вирус папилломы человека
б) бактерии
в) грибы
г) хламидии

47. Окончательный диагноз папилломатоза гортани устанавливают при :
а) сборе жалоб и осмотре
б) интраоперационно
в) гистологическом исследовании
г) МРТ

48. Основной метод лечения папилломатоза гортани:
а) хирургический
б) медикаментозный
в) лучевой
г) все верно

49. Доброкачественная опухоль, обладающая признаками злокачественности:
а) фиброма
б) остеома
в) ангиома
г) саркома

50. При локализации опухоли в области голосовых складок рано появляется:
а) охриплость
б) болезненность
в) поперхивание
г) затруднение дыхания

51. Прогноз папилломатоза гортани у детей младшего возраста:
а) всегда благоприятный
б) чаще благоприятный
в) неблагоприятный из-за частой малигнизации
г) часто неблагоприятный из-за бурного роста и рецидивирующего течения

52. Составляющие голосообразования:
а) дыхание
б) фонация, артикуляция

в) резонанс
г) все верно

53. Флегмонозный ларингит характеризуется:
а) стенозом
б) болью в горле, интоксикацией
в) дисфонией
г) все верно

54. Физиологическое явление, связанное с бурным ростом гортани:
а) стридор
б) ринолалия
в) ринофония
г) мутация

55. Закрытая гнусавость развивается в результате:
а) аденоидов
б) миастении
в) нарушения интеллекта
г) изменения задних небных дужек

56. Аномальное слышимое проявление обструкции верхних дыхательных путей:
а) афония
б) дисфония
в) стридор
г) ринолалия

57. К непарным хрящам гортани относится:
а) черпаловидный хрящ
б) рожковидный
в) перстневидный
г) клиновидный

58. К непарным хрящам гортани относится:
а) черпаловидный хрящ
б) рожковидный
в) щитовидный
г) клиновидный

59. К парным хрящам гортани относится:
а) надгортанник
б) щитовидный хрящ
в) перстневидный хрящ
г) черпаловидный хрящ

60. В толще черпалонадгортанной складки расположены парные хрящи:
а) рожковидные
б) черпаловидные
в) клиновидные
г) перстневидные

61. Связки гортани – все верно, кроме:
а) щитоподъязычная боковая
б) подъязычно-надгортанная
в) перстнечерпаловидная
г) черпалонадгортанная

62. К наружным мышцам гортани относится – все верно, кроме :
а) грудиноподъязычная
б) задняя перстнечерпаловидная
в) грудинощитовидная
г) щитоподъязычная

63. К внутренним мышцам гортани относятся – все верно, кроме :
а) задняя перстнечерпаловидная
б) косая черпаловидная
в) щитоподъязычная
г) щиточерпаловидная

64. Мышцы, натягивающие голосовые складки:
а) щиточерпаловидная
б) перстнещитовидная
в) все верно
г) все неверно

65. Мышцы, осуществляющие опускание надгортанника и наклон его кзади:
а) черпалонадгортанная и щитонадгортанная
б) перстнещитовидная и щиточерпаловидная
в) задняя перстнечерпаловидная и косая черпаловидная
г) грудинощитовидная и щитоподъязычная

66. Мышцы, натягивающие голосовые складки:
а) черпалонадгортанная и щитонадгортанная
б) перстнещитовидная и щиточерпаловидная
в) задняя перстнечерпаловидная и косая черпаловидная
г) грудинощитовидная и щитоподъязычная

67. Мышцы, суживающие просвет гортани:
а) боковая перстнечерпаловидная, поперечная черпаловидная, косая черпаловидная
б) задняя перстнечерпаловидная и косая черпаловидная
в) грудинощитовидная и щитоподъязычная
г) черпалонадгортанная и щитонадгортанная

68. Сбоку и кзади от гортани находятся:
а) грушевидные синусы
б) миндалины
в) надгортанник
г) все верно

69. Вход в гортань ограничен с боков:
а) надгортанником
б) верхушками черпаловидных хрящей
в) черпалонадгортанными складками
г) перстневидным хрящем

70. Вход в гортань ограничен сзади :
а) надгортанником
б) верхушками черпаловидных хрящей
в) черпалонадгортанными складками
г) перстневидным хрящем

71. Часть гортани, расположенная выше голосовых складок:
а) вестибулярный отдел
б) средний этаж гортани
в) подголосовое пространство
г) грушевидные синусы

72. Слизистая оболочка гортани покрыта:
а) переходным эпителием
б) многорядным цилиндрическим мерцательным эпителием
в) многослойным плоским неороговевающим эпителием
г) многослойным плоским ороговевающим эпителием

73. Кровоснабжение гортани осуществляется:
а) верхними и нижними гортанными артериями

б) нижней щитовидной и бронхиальной артерией
в) все верно
г) все неверно

74. В иннервации гортани участвует:
а) верхний гортанный нерв
б) нижний гортанный нерв
в) все верно
г) все неверно

75. Функции гортани:
а) дыхательная
б) защитная
в) голосообразовательная
г) все верно

76. Наблюдение за движением голосовых складок методом непрямой оптической ларингоскопии с применением прерывистого света:
а) акустический анализ голоса
б) электрокохлеография
в) стробоскопия
г) прямая ларингоскопия

77. Острое неспецифическое воспаление лимфаденоидной ткани гортани:
а) гортанная ангина
б) тонзиллит
в) аденоидит
г) все неверно

78. Воспаление надхрящницы и хрящей гортани:
а) хондроперихондрит
б) эпиглотит
в) ларингит
г) трахеит

79. По характеру пневматизации сосцевидный отросток:
а) пневматический
б) диплоэтический
в) склеротический
г) все верно

80. Сосцевидный отросток образован исключительно плотной костной тканью:
а) пневматический
б) диплоэтический
в) склеротический
г) все верно

81. Костный лабиринт представлен:
а) преддверием
б) полукружными каналами
в) улиткой
г) все верно

82. Ухо человека воспринимает полосу звуковых частот:
а) 16 – 20000 Гц
б) 20 – 16 000 Гц
в) 10 – 15000 Гц
г) 5 – 50000 Гц

83. Минимальная энергия звуковых колебаний, способная вызвать ощущение звука:
а) порог слухового восприятия
б) дифференцированный порог силы звука
в) адаптация

г) все неверно

84. Барабанная перепонка и слуховые косточки:
а) уменьшают силу звуковых колебаний за счет уменьшения их амплитуды
б) увеличивают силу звуковых колебаний за счет уменьшения их амплитуды
в) уменьшают силу звуковых колебаний за счет увеличения их амплитуды
г) увеличивают силу звуковых колебаний за счет увеличения их амплитуды

85. Резонансная теория звуковосприятия была предложена:
а) Геймгольцем
б) Политцером
в) Андреевым
г) Веденеевым

86. Пути доставки звуков во внутреннее ухо в норме:
а) воздушный путь
б) костный путь
в) все верно
г) все неверно

87. Наружный слуховой проход:
а) перепончато-хрящевой
б) костный
в) все верно
г) все неверно

88. Верхняя стенка наружного слухового прохода граничит со :
а) средней черепной ямкой
б) передней черепной ямкой
в) задней черепной ямкой
г) барабанной полостью

89. В основании задней стенки наружного уха проходит:
а) тройничный нерв
б) лицевой нерв
в) и то и другое
г) ни то. ни другое

90. Кровоснабжение наружного уха осуществляется из системы:
а) наружной сонной артерии
б) внутренней сонной артерии
в) позвоночной артерии
г) все неверно

91. В молоточке различают:
а) рукоятку, шейку, головку
б) тело, короткий отросток и длинный отросток
в) головку, две ножки и основание
г) рукоятку, ножки и 2 отростка

92. В наковальне различают:
а) рукоятку, шейку, головку
б) тело, короткий отросток и длинный отросток
в) головку, две ножки и основание
г) рукоятку, ножки и 2 отростка

93. В стремени различают:
а) рукоятку, шейку, головку
б) тело, короткий отросток и длинный отросток
в) головку, две ножки и основание
г) рукоятку, ножки и 2 отростка

94. Мышцы барабанной полости:

а) натягивающая барабанную перепонку
б) стременная
в) все верно
г) все неверно

95. Рукоятка молоточка вплетена:
а) в нише окна преддверия
б) в фиброзном слое барабанной перепонки
в) с длинной ножкой наковальни
г) в нише окна улитки

96. Основание стремени укреплено:
а) в нише окна преддверия
б) в фиброзном слое барабанной перепонки
в) с длинной ножкой наковальни
г) в нише окна улитки

97. Длина слуховой трубы в среднем у взрослых составляет:
а) 1,5 см
б) 2 см
в) 3,5 см
г) 5 см

98. Вестибулярная функция включает деятельность:
а) полукружных каналов
б) мешочков
в) все верно
г) все неверно

99. Вестибулярные реакции обуславливающие возникновение нистагма:
а) вестибулосоматические
б) вестибуловегетативные
в) окуломоторные
г) вестибуломозжечковые

100. Реакции, направленные на поддержание положения тела в пространстве посредством перераспределения мышечного тонуса:
а) вестибулосоматические
б) вестибуловегетативные
в) окуломоторные
г) вестибуломозжечковые

Приложение 2

Общее

1. Подготовка рабочего места.
2. Подготовка и осмотру больного.

Ухо и сосцевидная кость

1. Наружный осмотр и пальпация ушной раковины и околоушной области.
2. Методы исследования слухового анализатора.
3. Исследование слуха разговорной и шепотной речью.
4. Проведение тональной аудиометрии и тимпанометрии.
5. Расшифровка аудиограммы и тимпанограммы.
6. Камертональное исследование слуха (Ринне, Вебера, Швабаха, Желе, Бинга, Федеричи).
7. Исследование вестибулярных рефлексов (устойчивость в позе Ромберга, пальце-носовая, пальце-пальцевая пробы и ходьба по прямой линии)
8. Отоскопия.
9. Эндоскопическая отоскопия.
10. Вскрытие отгематомы ушной раковины.
11. Вскрытие фурункула слухового прохода.
12. Вскрытие нагноившееся атеромы наружного уха.
13. Очистка слухового прохода зондом с ваткой и введение турунды с лекарственными препаратами.
14. Удаление или промывания серной пробки.
15. Удаление инородного тела слухового прохода.
16. Определение проходимости слуховых труб, степени.
17. Продувание слуховых труб по Политцеру.
18. Проведения катеризации слуховой трубы.
19. Промывание аттика.
20. Удаление полипов и грануляций слухового прохода.
21. Нагнетание лекарственных средств при перфорации барабанной перепонки.
22. Методика проведения парацентеза.
23. Взятие биоматериала наружного уха на гистологическое исследование.
24. Послеоперационное введение пациентов после операций на ухе.
25. Послеоперационное введение пациента после отгематомы ушной раковины.
26. Послеоперационное введение пациента после вскрытие фурункула или нагноившееся атеромы наружного уха.

Нос и околоносовые пазухи

1. Наружный осмотр и пальпация наружного носа.
2. Исследование дыхательной и обонятельной функции носа.
3. Передняя риноскопия.
4. Задняя риноскопия.
5. Эндоскопическая риноскопия.
6. Особенности исследования носоглотки у детей.
7. Удаление инородного тела полости носа.
8. Проведение передней тампонады.
9. Проведение задней тампонады.
10. Репозиция костей носа.
11. Промывания носа методом перемещения.
12. Туалет полости носа и адренализация.
13. Остановка носового кровотечения.
14. Туширование кровоточащего сосуда перегородки носа препаратами нитрата серебра.
15. Проведение лечебно диагностической пункции гайморовой пазухи.
16. Проведение лечебно диагностической трепанопункции лобной пазухи.
17. Проведение лечебно диагностической пункии решетчатого лабиринта.
18. Катетеризация основной пазухи.
19. Полипотомия в носу.
20. Удаление хоанального полипа.
21. Вскрытие гематомы перегородки носа.
22. Взятие биоматериала из полости носа на гистологическое исследование.
23. Послеоперационное введение пациентов после подслизистой резекции перегородки носа.
24. Послеоперационное введение пациентов после гайморотомии.
25. Послеоперационное введение после вскрытия фурункула носа.

Носоглотка, ротоглотка.

1. Орофарингоскопия.
2. Удаление инородного тела ротоглотки.

3. Зондирование лакун миндалин.
4. Техника промывания лакун миндалин.
5. Вскрытие паратонзиллярного абсцесса.
6. Взятие биоматериала из носоглотки на гистологическое исследование.
7. Взятие биоматериала из ротоглотки на гистологическое исследование.
8. Послеоперационное введение пациентов после тонзиллэктомии.
9. Послеоперационное введение пациентов после аденотомии.
10. Послеоперационное введение пациентов после вскрытия паратонзиллярного абсцесса
11. Остановка кровотечений из глотки и способы остановки.

Гортань

1. Наружный осмотр, пальпация гортани и регионарных лимфатических узлов.
2. Непрямая (зеркальная) ларингоскопия.
3. Эндоскопическая ларингоскопия.
4. Удаление инородного тела гортани.
5. Удаление доброкачественных опухолей голосовых складок.
6. Вливание в гортань лекарственных средств.
7. Вскрытие абсцесса гортаноглотки.
8. Трахеотомия, виды, техника проведения.
9. Послеоперационное введение пациента после трахеотомии.
10. Замена трахеостомической трубки у пациентом с канюленосительством.
11. Взятие биоматериала из гортаноглотки на гистологическое исследование.

Приложение 3

1.Место оториноларингологии в системе медицинских знаний. Связь с другими медицинскими специальностями.
2. Распространённость и медико- социальное значение заболеваний верхних дыхательных путей и уха.
3. Организация специализированной оториноларингологической помощи населению.
4. Методы профилактики заболеваний Лор органов.

Заболевания носа и околоносовых пазух

1. Клиническая анатомия носа и околоносовых пазух.
2. Физиология носа и околоносовых пазух.
3. Методы исследования носа и околоносовых пазух.
4. Аномалии развития носа. Деформации наружного носа, принципы лечения.
5. Инородные тела носа, диагностика, первая медицинская помощь и методы удаления.
6. Травмы носа и околоносовых пазух: классификация, клиника, первая медицинская помощь, принципы лечения.
7. Носовое кровотечение: причины, виды, методы остановки носового кровотечения. Лечение острой кровопотери.
8. Гематома и абсцесс носовой перегородки: причины, клиника, диагностика, лечение, возможные осложнения.
9. Искривление носовой перегородки: причины, клиника, лечение, возможные осложнения.
10. Фурункул наружного носа и преддверья носа: клиника, лечение, возможные осложнения.
11. Острый ринит: причины, клиника, лечение, возможные осложнения.
12. Особенности течения острого ринита у детей раннего возраста.
13. Хронический ринит: классификация. Инфекционный ринит: этиология, клиника, диагностика, лечение.
14. Аллергический ринит: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, принципы лечения.
15. Вазомоторный ринит: формы, причины, клиника, лечение.
16. Синуситы :предрасполагающие факторы, классификация, возможные осложнения.
17. Острое и хроническое воспаление решётчатого лабиринта: клиника, диагностика, принципы лечения.
18. Острый и хронический фронтит: клиника, диагностика, принципы лечения.
19. Острый гайморит: клиника, диагностика, лечение.
20. Хронический гайморит: клиника, диагностика, лечение.
21. Острый и хронический сфеноидит: клиника, диагностика, лечение.
22. Особенности синуситов у детей.

Заболевание глотки

1. Клиническая анатомия глотки.
2. Физиология и методы исследования глотки.
3. Инородные тела глотки и пищевода: клиника, методы диагностики, лечение, возможные осложнения.
4. Химический ожог пищепроводных путей: клиника, диагностика, возможные осложнения, первая медицинская помощь, принципы лечения.
5. Острый фарингит: этиология, клиника, диагностика, лечение.
6. Хронический фарингит: этиология, виды, клиника, диагностика, лечение.
7. Гипертрофия лимфаденоидного глоточного кольца: причины, клиника, возможные осложнения, лечение.
8. Классификация воспалительной патологии нёбных миндалин. Дифференциальная диагностика.
9. Ангина: этиология, эпидемиология, патогенез, возможные осложнения.
10. Ангина: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения, профилактика.
11. Паратонзиллит и паратонзиллярный абсцесс: клиника, диагностика, принципы лечения.
12. Ретрофарингеальный и парафарингеальный абсцесс: клиника, диагностика, принципы лечения.
13. Хронический тонзиллит: причины, патогенез, классификация, клиника, диагностика.
14. Хронический тонзиллит: возможные осложнения, принципы лечения ,профилактика.

Заболевание гортани, трахеи и бронхов

1. Клиническая анатомия гортани.
2. Физиология гортани, теория голосообразования, методы исследования.
3. Классификация стенозов гортани.

4. Инородные тела воздухопроводных путей (гортани, трахеи и бронхов): клиника, возможные осложнения, диагностика, первая медицинская помощь, лечение.
5. Травмы шеи: классификация, клиника, возможные осложнения, первая медицинская помощь, лечение.
6. Острый ларингит: этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение, возможные осложнения.
7. Острый ларинготрахеит у детей: клиника, возможные осложнения, лечение.
8. Хронический ларингит: причины, виды, клиника, диагностика, лечение.
9. Острый воспалительный стеноз гортани: причины, механизмы, патогенез, классификация, клиника, первая медицинская помощь, лечение.
10. Операция трахеостомия: показания, техника, возможные осложнения, уход за трахеостомированными больными.
11. Стойкие стенозы гортани: причины, клиника, принципы лечения.
12. Неврогенные парезы и параличи гортани: причины, клика, диагностика, принципы лечения.

Заболевания уха

1. Клиническая анатомия наружного, среднего, внутреннего уха.
2. Слуховой анализатор: теории слуха, строение, физиология, методы исследования.
3. Вестибулярный анализатор: строение, физиология, методы исследования.
4. Травмы наружного уха: виды, возможные осложнения, лечение. Баротравма: механизм, клиника, осложнения.
5. Инородные тела наружного слухового прохода: клиника, возможные осложнения, первая помощь, лечение.
6. Серная пробка: причины, клиника, лечение, профилактика.
7. Фурункул наружного слухового прохода: клиника, диагностика, возможные осложнения, лечение.
8. Наружный диффузный отит: этиология, клиника, диагностика, лечение.
9. Отомикоз: этиология, клиника, диагностика, лечение.
10. Тубарная дисфункция, причины, возможные осложнения, диагностика, принципы лечения.
11. Экссудативный средний отит: механизм возникновения, клиника, возможные осложнения, принципы лечения.
12. Аэроотит: механизм возникновения, клиника, возможные осложнения, принципы лечения.
13. Острый средний отит: этиология, патогенез, клиника, диагностика.
14. Острый средний отит: принципы лечения, возможные исходы, осложнения.
15. Атипичные формы острого среднего отита: виды, причины, клиника, особенности лечения.
16. Острый мастоидит: причины, клиника, диагностика, лечение. Отоантрит у детей.
17. Хронический средний отит: предрасполагающие факторы, этиология, классификация, возможные осложнения.
18. Хронический мезотимпанит: клиника, особенности течения, принципы лечения.
19. Хронический эпитимпанит: клиника, особенности течения, принципы лечения.
20. Оперативное лечение хронических средних отитов: показания, типы операций, возможные осложнения.
21. Вестибулярная дисфункция: классификация, клиника, дифференциальная диагностика, принципы лечения.
22. Лабиринтит: причины, классификация, клиника, диагностика, принципы лечения.
23. Болезнь укачивания: механизм возникновения, клиника, лечение, профилактика.
24. Болезнь Меньера: этиология, патогенез, клиника, классификация, принципы лечения.
25. Отосклероз: этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения.
26. Тугоухость: классификация, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения, слухопротезирование.
27. Адгезивный средний отит: этиология, клиника, диагностика, принципы лечения.
28. Сенсороневральная тугоухость: причины, классификация, клиника, диагностика, принципы лечения.

ПАТОЛОГИЯ

1. Основные понятия нозологии. Болезнь как нарушение гомеостаза.
2. Номенклатура и классификация болезней.
3. Общая этиология. Общий патогенез. Причинно-следственные взаимоотношения в патогенезе.
4. Венозная гиперемия. Причины, механизмы, последствия.
5. ДВС - синдром. Стадии. Патогенез.
6. Экссудация. Механизмы развития. Значение.
7. Фагоцитоз при воспалении. Причины эмиграции лейкоцитов в очаг воспаления. Механизмы фагоцитарной деятельности лейкоцитов.
8. Понятие об иммунном гомеостазе, механизмы гуморального и клеточного иммунитета.
9. Опухоли. Определение сущности опухолевого роста. Этиология опухолей. Современные теории опухолевого роста. Современная классификация опухолей. Принципы ее построения. Вторичные изменения в опухолях.
10. Доброкачественные, злокачественные и опухоли с местным деструирующим ростом. Критерии злокачественности. Понятие о рецидиве.

ПЕДАГОГИКА

1. Определите место педагогики в системе современного человекознания.
2. Назовите способы структурирования содержания образования и проиллюстрируйте их на примере.
3. Дайте характеристику законодательным актам в сфере образования.
4. Какие документы составляют нормативную основу образования?
5. Что означает понятие «обучение»? Как ваше собственное понимание этого понятия соотносится с его научной трактовкой?
6. В чем обнаруживается сходство и различие процессов обучения и лечения как древнейших видов гуманитарной практики?
7. Какие типы и виды обучения оптимальны на доклиническом и клиническом этапах медицинского образования?
8. В чем суть поэтапного формирования знаний и умений? Пояснить на примерах.
9. Какие требования к выбору форм организации познавательной деятельности обучаемых на учебном занятии существуют в дидактике?
10. Что лежит в основе классификации форм организации познавательной деятельности? Как связаны между собой формы организации познавательной деятельности и цели обучения?
11. От чего зависит выбор форм организации познавательной деятельности к конкретному занятию?
12. Какие формы обучения наиболее рационально использовать на разных этапах обучения в медицинском вузе и при обучении разных категорий обучаемых (медицинский персонал, пациенты, их родственники)?

Инфекционные болезни, в том числе туберкулез

1. Этиология, эпидемиология и патогенез туберкулеза. Современная патоморфология туберкулеза. Понятие о множественной лекарственной устойчивости.
2. Клиническая классификация туберкулеза по МКБ-10. Классификация клинических форм туберкулеза челюстно-лицевой области (голова-шея).
3. Основные симптомы и синдромы легочного и внелегочного туберкулеза. Методы обследования больного туберкулезом: лабораторные, инструментальные.
4. Туберкулез при острых клинических ситуациях и в сочетании с сопутствующими заболеваниями: туберкулез и ВИЧ в практике врача-оториноларинголога.
5. Дифференциальная диагностика туберкулеза от неспецифических воспалительных заболеваний в практике врача-оториноларинголога. Алгоритм диагностики и тактика ведения.

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. Медицинское право, как отрасль права.

2. Источники медицинского права.
3. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья.
4. Права и обязанности медицинских работников.
5. Понятие и виды медико-социальной помощи.
6. Особенности медицинской услуги
7. Особенности регулирования труда медицинских работников
8. Правонарушение и юридическая ответственность
9. Гражданско-правовая ответственность субъектов предоставления и оказания медико-социальной помощи.
10. Дисциплинарная ответственность медицинских работников.
11. Административная ответственность должностных лиц.
12. Уголовная ответственность медицинских работников.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

1. Дайте определение науки «Общественное здоровье и здравоохранение». Задачи общественного здоровья и здравоохранения. Объект изучения общественного здоровья и здравоохранения.
2. Какие методы используют при изучении общественного здоровья и здравоохранения?
3. Назовите главные критерии оценки эффективности системы здравоохранения.
4. Назовите базовые функции системы здравоохранения.
5. Дайте определения фактора риска. Перечислите факторы риска и кратко охарактеризуйте.
6. Дайте определение медицинской демографии и перечислите ее основные разделы.

7. Перечислите известные Вам исторически сложившиеся на этапах развития названия предмета Общественное здоровье и здравоохранение. С чем связано существование большого числа названий предмета?

8. Воспроизводство населения (естественное движение населения).
Общие и специальные показатели, методика расчета, анализ и оценка
9.Миграция населения: внешняя, внутренняя (урбанизация,
сезонная). Факторы, ее определяющие. Влияние миграции на здоровье населения
10. Естественный прирост населения, факторы на него влияющие.
Противоестественная убыль населения.
11. Дайте определения “заболеваемость”, распространенность болезней”,
патологическая пораженность”
12.От чего зависит полнота учета заболеваемости?

Министерство здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики
Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Медицинский факультет
Центр медицинского послевузовского образования

УТВЕРЖДАЮ
Министр здравоохранения ПМР
_____К.В.Албул
«_4_» _01_____2024г.

СОГЛАСОВАНО
Ученым советом факультета
протокол № 5
от «29» 12 2023г.
Председатель
Ученого совета факультета
_____Г.Н.Самко

ПРОГРАММА
ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ

образовательной программы
высшего образования- программы ординатуры

Специальность **31.08.59 ОФТАЛЬМОЛОГИЯ**

Квалификация выпускника: врач – офтальмолог
Трудоемкость: 108 часов-3з.е.
Сроки проведения: 24.06.24 - 6.07.24г.

Тирасполь, 2023

Программа итоговой государственной аттестации образовательной программы высшего образования- программы ординатуры по специальности 31.08.59 Офтальмология разработана в соответствии с Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.59 Офтальмология (утвержденным Приказом Министерства Просвещения Приднестровской Молдавской Республики № 677 от 28.07.2021г. «Об утверждении и введении в действие Государственного образовательного стандарта послевузовского профессионального образования - ординатуры)

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании кафедры Хирургии с циклом онкологии протокол № 4 от «20» ноября 2023 г.
Заведующий кафедрой Хирургии с циклом онкологии _____ Фомов Г.В.

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УМК факультета

«12» 12 2023 г. (протокол № 4)

Председатель УМК _____ А.В. Васильчук

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УС факультета

«29» 12 2023г. (протокол № 5)

Председатель УС _____ Г.Н. Самко

Программу составили:

Ассистент _____ Фурс Р. В.

Содержание

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.
2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры
3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации.
4. Форма и структура итоговой государственной аттестации.
4.1 Форма итоговой государственной аттестации.
4.2 Трудоёмкость итоговой государственной аттестации.
4.3 Структура итоговой государственной аттестации.
5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.
6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации.
6.1 Критерии оценки результатов тестирования
6.2 Критерии оценки практических навыков и умений.
6.3 Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.
7. Содержание государственного экзамена.
7.1 Тестирование
7.2 Практические навыки.
7.3. Устное собеседование
8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

Приложения

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.

Цель - определение соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры требованиям Государственному образовательному стандарту послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.59 «Офтальмология».

Задачи:

— установление уровня подготовки выпускника к выполнению профессиональных задач (оценка степени сформированности всех компетенций, предусмотренных Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.59 «Офтальмология», характеризующих готовность выпускников к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации - врач - офтальмолог).

— принятие решения о выдаче обучающемуся, успешно прошедшему итоговую государственную аттестацию по программе ординатуры, диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации.

2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры

Итоговая государственная аттестация относится к базовой части программы - Блок 3. итоговая государственная аттестация и завершает процесс освоения имеющих государственную аккредитацию образовательных программ ординатуры.

Итоговая государственная аттестация образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.59 «Офтальмология» завершается присвоением квалификации " врач - офтальмолог".

3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путём обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- физические лица женского пола (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку готовности выпускников, освоивших программу ординатуры, к следующим видам профессиональной деятельности:

— профилактическая;
— диагностическая;
— лечебная;
— реабилитационная;
— психолого-педагогическая;
— организационно-управленческая.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

а) готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу - УК1;

б) готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия - УК2;

в) готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование - УК3.

Профессиональные компетенции (ПК):

а) профилактическая деятельность:

1) готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания - ПК1;

2) готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными - ПК2;

3) готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях - ПК3;

4) готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медикостатистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков - ПК4;

б) диагностическая деятельность - готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - ПК5;

в) лечебная деятельность:

1) готовностью к ведению, и лечению пациентов, нуждающихся в оказании офтальмологической медицинской помощи - ПК6;

2) готовностью к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации - ПК7;

г) реабилитационная деятельность - готовностью к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении - ПК8;

д) психолого-педагогическая деятельность - готовностью к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих - ПК9;

е) организационно-управленческая деятельность:

1) готовностью к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях - ПК10;

1) готовностью к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей - ПК11.

4.Форма и структура итоговой государственной аттестации

4.1.Форма итоговой государственной аттестации

Итоговая государственная аттестация обучающихся по образовательной программе ординатуры 31.08.59 «Офтальмология» проводится в форме государственного экзамена.

4.2.Трудоёмкость итоговой государственной аттестации

Объем итоговой государственной аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) - сдачу государственного экзамена.

4.3.Структура итоговой государственной аттестации

В Блок 3 " Итоговая Государственная аттестация" входят подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена. Перед государственным экзаменом по специальности для ординаторов проводятся предэкзаменационные консультации по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в три этапа:

1 этап - тестирование, проводится для получения сертификата специалиста, имеет целью определить готовность специалиста к самостоятельной профессиональной (медицинской) деятельности (согласно Приказу Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 31.05.2022г №477 «Об утверждении Порядка приема граждан на обучение по образовательным программам послевузовского профессионального образования – программам ординатуры, а также Порядка реализации образовательных программ послевузовского профессионального образования – программ ординатуры» (регистрационный № 11145 от 15 июля 2022 года) (САЗ 22-27)). Во время тестирования обучающийся выбирает правильный(е) ответ(ы) из предложенных нескольких вариантов ответов. Каждый обучающийся отвечает на 100 тестовых вопросов, на решение которых отводится 120 минут(2 астрономических часа).

2 этап - оценка практических навыков и умений - состоит из демонстрации практических навыков и умений, приобретенных в результате освоения программы ординатуры.

3 этап – устный экзамен по дисциплине Офтальмология с целью определения сформированности профессиональных компетенций выпускника, профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения. Каждый билет состоит из пяти теоретических вопросов, в процессе проведения государственного экзамена обучающемуся могут быть заданы уточняющие или дополнительные вопросы в рамках билета. На подготовку к ИГА ординатору выделяется 2 недели. После выбора билета ординатор готовится к ответу 30 минут, отвечает согласно регламенту 20 минут. По решению комиссии обучающийся может быть освобожден от необходимости полного ответа на вопрос билета, уточняющий или дополнительный вопрос.

Этапы государственного экзамена	Компетенции, которые оцениваются в ходе этапа
1 этап - в форме тестирование	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7 ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11.
2 этап - оценка практических навыков и умений	
3 этап – устный экзамен по дисциплине	

5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.

Проведение ИГА определяется календарным учебным графиком, выполнением индивидуального плана ординатора и расписанием ИГА.

Перед итоговой государственной аттестацией обучающиеся должны ознакомиться с программой ИГА. Подготовка к государственному экзамену может проводиться в формах, как устного повторения пройденных дисциплин (с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д.), так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.

6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации. Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

6.1. **Критерии оценки результатов тестирования**

Подведение **итогов 1 этапа в форме тестирования. Результат решения тестов оценивается по ятибалльной системе:**

- 49% и менее правильных ответов - «неудовлетворительно»;
- 50% - 70% - «удовлетворительно»;
- 71% - 84% - «хорошо»;
- 85% - 100% - «отлично»

6.2.Критерии оценки практических навыков и умений

Результаты 2 этапа определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол ИГА. Обучающиеся, получившие оценку «неудовлетворительно» к 3 этапу государственного экзамена не допускается, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений;

- «хорошо» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет;

- «удовлетворительно» - обучающийся обладает удовлетворительными теоретическими знаниями - знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний - не знает методики выполнения, практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и т.д.; и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

6.2. Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.

Результаты 3 этапа государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой

классификации, правильно отвечает на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «хорошо» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «удовлетворительно» - обучающийся показывает частичное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз с учетом принятой классификации. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций, демонстрируя поверхностное знание предмета;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не показывает освоение планируемых результатов обучения по пройденным темам, не может сформулировать диагноз или неправильно его ставит. Не может правильно ответить на большинство дополнительных вопросов, характеризующих уровень освоения необходимых компетенций.

7. Содержание государственного экзамена

7.1. Тестировние: Приложение 1
7.2. Практические навыки: Прилодение 2
7.3. Устное собеседование Приложение 3

8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

Основная литература:

1. Ocular Pathology Myron Yanoff 8th Ed2020, Elsevier Inc.
2. Wills Eye Manual 8th Ed Copyright © 2022 Wolters Kluwer
3. KANSKI'S_Clinical_Ophthalmology_Systametic_Aproach_9th_Ed_2020
4. EGS_Guidelines_4_Russian, 2019 г.
5. Standard Treatment Guidlines Opthalmology Ministry of Health & Family Welfare Govt. of India

Информационное обеспечение:

1. Электронная библиотека ПГУ: http://spsu.ru/files-pgu.html;
2. Научная электронная библиотека: http://library.ru/default.Asp
3. Образовательный портал ПГУ http://moodle.spsu.ru/enrol/index.php?id=3464
4. http://minzdrav.gospmr.org/
5. Рубрикатор клинических рекомендаций РФ http://cr.rosminzdrav.ru/
6. Справочники MSD https://www.msdmanuals.com/ru
7. Система поддержки врачебных решений http://www.uptodate.com
8. Ведущее глобальное онлайн-направление для врачей и специалистов в области здравоохранения во всем мире.(Medscape fromWeb MD) http://www.medscape.com
9. Агентство по исследованиям и качеству в здравоохранении (National Guideline Clearing house) https://www.guideline.gov/

10. Поддержка клинических решений для медицинских работников (Clinical Knowledge Summaries (CKS)) http://prodigy.clarity.co.uk/
11. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) http://www.who.int
12. Центральная Научная Медицинская Библиотека http://www.scsml.rssi.ru
13. Российская Национальная Библиотека С.-Пб. http://www.nlr.ru/nlr/location.htm
14. ФГБУ Государственный научно – исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России: http://www.gnicpm.ru;
15. Образовательная платформа PabMed (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/),
16. Академия Google (https://scholar.google.ru/schhp?hl=ru),
17. Кокрановская библиотека (https://www.cochranelibrary.com).

Приложение 1

1. Самой тонкой стенкой орбиты является:
   а) наружная стенка
   б) верхняя стенка
   в) внутренняя стенка
   г) нижняя стенка
   д) верхняя и внутренняя
2. Канал зрительного нерва служит для прохождения:
   а) зрительного нерва
   б) отводящего нерва
   в) глазодвигательного нерва
   г) центральной вены сетчатки
   д) лобной артерии
3. Слезный мешок расположен:
   а) внутри глазницы
   б) вне глазницы
   в) частично внутри и частично вне глазницы
   г) в гайморовой полости
   д) в средней черепной ямке
4. При ранах век регенерация тканей:
   а) высокая
   б) низкая
   в) существенно не отличается от регенерации тканей других областей лица
   г) ниже, чем других областей лица
   д) выше, чем других областей лица
5. К слезопродуцирующим органам относятся:
   а) слезная железа и добавочные слезные железки
   б) слезные точки
   в) слезные канальцы
   г) носослезный канал
6. Носослезный канал открывается в:
   а) нижний слезный канал
   б) средний носовой ход
   в) верхний носовой ход
   г) в гайморову пазуху
   д) в основную пазуху
7. Наибольшую толщину склера имеет в зоне:
   а) лимба
   б) экватора
   в) диска зрительного нерва
   г) под сухожилием прямых мышц
   д) под сухожилием косых мышц
8. Сетчатка выполняет функцию:
   а) преломление света
   б) трофическую
   в) восприятие света
   г) защитную функцию
   д) опорную функцию
9. Сосудистая оболочка образуется:
   а) мезодермы
   б) эктодермы
   в) смешанной природы
   г) нейроэктодермы
   д) энтодермы
10. Кровоснабжение цилиарного тела и радужки осуществляется:
    а) длинными задними цилиарными артериями
    б) длинными задними цилиарными артериями, передними цилиарными
    в) передними цилиарными артериями
    г) решетчатыми артериями
    д) медиальными артериями век

11. Основной функцией зрительного анализатора, без которой не могут развиваться все остальные его зрительные функции, является:
а) периферическое зрение
б) монокулярная острота зрения
в) цветоощущение
г) светоощущение
д) бинокулярное зрение
12. При остроте зрения выше 1,0 величина угла зрения равна:
а) меньше 1 минуты
б) 1 минуте
в) 1,5 минутам
г) 2 минутам
д) 2,5 минутам
13. В том случае, если человек различает с расстояния в 1 метр только первую строку таблицы для определения остроты зрения, то острота зрения у него равна:
а) 0,1
б) 0,05
в) 0,02
г) 0,01
д) 0,005
14. Светоощущение отсутствует у больного с:
а) интенсивным тотальным помутнением роговицы
б) тотальной катарактой
в) центральной дегенерацией сетчатки
г) полной атрофией зрительного нерва
д) разрывом сетчатки в макулярной зоне
15. Темновую адаптацию необходимо исследовать у больных с:
а) абиотрофией сетчатки
б) миопией слабой и средней степени
в) гиперметропией с астигматизмом
г) косоглазием
д) рефракционной амблиопией
16. Ксантопсия - это видение окружающих предметов в:
а) синем цвете
б) желтом цвете
в) зеленом цвете
г) красном цвете
17. Цианопсия - это видение окружающих предметов в:
а) желтом цвете
б) синем цвете
в) красном цвете
18. У здорового взрослого человека с нормально развитым зрительным анализатором индивидуальные колебания границ поля зрения на белый цвет не превышают:
а) 5-10 градусов
б) 15 градусов
в) 20 градусов
г) 25 градусов
19. Для нормального формирования стереоскопического зрения необходимым условием является наличие:
а) нормальных границ периферического зрения
б) монокулярной остроты зрения не ниже 1,0
в) трихроматического зрения
г) бинокулярного зрения
д) нормальной адаптационной способности органа зрения
20. У взрослого человека внутриглазное давление в норме не должно превышать:
а) 10-12мм рт. Ст
б) 12-15мм рт.ст
в) 15-20мм рт.ст
г) 20-23мм рт.ст.
21. Электроретинограмма отражает функциональное состояние:
а) внутренних слоев сетчатки
б) наружных слоев сетчатки
в) подкорковых зрительных центров
г) корковых зрительных центров

22. Рефракцией оптической системы называется:
а) состояние, тесно связанное с конвергенцией
б) преломляющая сила оптической системы, выраженная в диоптриях
в) способность оптической системы нейтролизовать проходящий через нее свет
г) отражение оптической системой падающих на нее лучей
д) система линз, расположенных на определенном расстоянии друг от друга
23. Сила физической рефракции глаза человека в норме составляет:
а) от 10 до 20Д
б) от 21 до 51Д
в) от 52 до 71Д
г) от 72 до 91Д
д) от 91 до 100д
24. Различают следующие виды клинической рефракции глаза:
а) постоянную и непостоянную
б) дисбинокулярную и анизометропическую
в) роговичную и хрусталиковую
г) статическую и динамическую
25. Под динамической клинической рефракцией глаза понимают:
а) преломляющую силу оптической системы глаза по отношению к сетчатке при действующей аккомодации
б) преломляющую силу роговицы
в) преломляющую силу хрусталика
г) преломляющую силу роговицы и хрусталик
26. Дальнейшая точка ясного видения миопического глаза находится:
а) в бесконечности
б) на сетчатке
в) перед глазом (на конечном расстоянии)
г) на роговице
д) позади глаза (в отрицательном пространстве)
27. Аметропия слабой степени соответствует следующие значения рефракции, выраженные в диоприях:
а) от 0,5 до 3,0 дптр
б) от 0,5 до 4,0 дптр
в) от 0,5 до 5,0 дптр
г) от 0,5 до 5,5 дптр
28. Аметропия средней степени соответствуют следующие значения рефракции, выраженные в диоптриях:
а) от 2,0 до 3,0 дптр
б) от 2,5 до 5,0 дптр
в) от 2,75 до 5,5 дптр
г) от 3,25 до 6,0 дптр
д) от 5,5 до 7,5 дптр
29. Аметропия высокой степени соответствуют следующие значения рефракции, выраженные в диоприях:
а) от 1,5 до 5,5 дптр
б) от 2,0 до 6,0 дптр
в) от 6,25 дптр и выше
г) от 3,0 дптр до 6,0 дптр
30. Преломляющая сила оптической линзы с фокусным расстоянием в 25 см составляет:
а) 4,0 дптр
б) 2,0 дптр
в) 1,0 дптр
г) 0,5 дптр
д) 0,1 дптр
31. Для комфортной работы на близком расстоянии(чтения) пациенту 60 лет с эмметропией обычно требуются очки силой в:
а) (+)1,0 -1,5 дптр
б) (+)2,0 дптр
в) (+)3,0 дптр
г) (+) 4,0 дптр
д) (+)5,0 дптр
32. При параличе аккомодации у пациента обязательно выявляется:
а) заметное улучшение зрения вблизи
б) резкое ухудшение зрения вблизи
в) повышение зрения вдаль
г) сходящееся косоглазие

д) расходящееся косоглазие
33. При изометропической гиперметропии в 5,5-6,0дптр у ребенка 5 лет может развиться амблиопия:
а) рефракционная
б) анизометропическая
в) депривационная
г) дисбинокулярная
34. К амблиопии высокой степени относятся следующие показатели остроты зрения:
а) 0,04 и ниже
б) 0,05-0,1
в) 0,2-0,3
г) 0,4-0,5
д) 0,6-0,7
35. Обратную окклюзию назначают детям при лечении амблиопии с:
а) центральной неустойчивой фиксацией
б) перемежающейся фиксацией
в) нецентральной неустойчивой фиксацией
г) неустойчивой устойчивой фиксацией
д) периферической фиксацией
36. Оптимальным возрастом для перехода к хирургическому лечению ребенка с содружественным косоглазием считается:
а) 1-3 года
б) 4-6 лет
в) 7-9 лет
г) 10-12 лет
д) 13-15 лет
37. Изменения век при воспалительном отеке включают:
а) гиперемию кожи век, повышение температуры, болезненность при пальпации
б) повышение температуры кожи
в) болезненность при пальпации
г) крепитация
д) гематома век
38. Клинические признаки рожистого воспаления век включают:
а) выраженную гиперемию
б) чувство зуда, жара
в) отек век
г) резкую границу с нормальной тканью
д) верно все перечисленное
39. Чешуйчатый блефарит характеризуется:
а) мучительным зудом в веках
б) мучительным зудом, сухими чешуйками
в) корни ресниц покрыты сухими чешуйками
г) мейбомеитом
д) отеком век
40. К доброкачественным вторичным опухолям орбиты относятся:
а) остеома
б) фиброма
в) липома
г) хондрома
д) верно все перечисленное
41. При аденовирусной инфекции глаза наблюдается:
а) конъюнктивит является фолликулярным, поражает нижний свод, могут быть помутнения роговицы
б) конъюнктивит почти всегда поражает нижний свод
в) могут быть поверхностные и глубокие помутнения роговицы
г) древовидный кератит
д) дисковидный кератит
42. Показаниями к вскрытию абсцесса века является:
а) появление флюктуации
б) выраженная гиперемия век
в) уплотнение ткани века
г) болезненность при пальпации
д) температурная реакция
43. Хроническое воспаление мейбомиевых желез- это:
а) ячмень

б) халазион
в) абсцесс века
г) внутренний ячмень
д) папилома

44. При поражении кожи век простым герпесом наблюдается:
а) гиперемия и отек век
б) появление резко гиперемированных участков кожи и пузырьков, отека века на фоне повышения температуры тела
в) на фоне повышения температуры тела появление нескольких рядом лежащих пузырьков с прозрачной жидкостью
г) пузыревидные высыпания, занимающие одну половину лба, расположенные в один ряд
д) шелушение

45. При поражении кожи век опоясывающим герпесом наблюдается:
а) гиперемия и отек век
б) появление резко гиперемированных участков кожи и пузырьков, отека века на фоне повышения температуры тела
в) на фоне повышения температуры тела появление нескольких рядом лежащих пузырьков с прозрачной жидкостью
г) пузыревидные высыпания, занимающие одну половину лба, расположенные в один ряд
д) гематома век

46. При язвенном блефарите изменения век носят характер:
а) кровоточащих язвочек с гнойным налетом
б) заворота век
в) выворота век
г) пузыревидных высыпаний
д) гематома век

47. Эпикантус - это:
а) опущение верхнего века
б) кожная складка, соединяющая верхнее и нижнее веко
в) узкая глазная щель
г) плотное образование на верхнем веке
д) симблефарон

48. Неотложная помощь при флегмоне:
а) вскрытие и дренирование орбиты
б) тепло
в) местно-кортикостероиды
г) динамическое наблюдение
д) ограничится пункцией орбиты

49. Диффузное острое воспаление орбитальной клетчатки- это:
а) остеопериостит
б) флегмона
в) абсцесс
г) фурункул
д) ячмень

50. Сочетание признаков- светобоязнь, слезотечение, блефароспазм, боль в глазу характерно для:
а) катаракты
б) кератита
в) отслойки сетчатки
г) атрофии зрительного нерва
д) тромбоза центральной вены сетчатки

51. При центральной язве роговицы с угрозой ее прободения показано:
а) хирургическое лечение в плановом порядке
б) консервативное лечение
в) срочное хирургическое лечение
г) динамическое наблюдение
д) инстилляции и инъекции кортикостероидов

52. Для кератоконуса характерны:
а) гиперметропия
б) правильный астигматизм
в) неправильный астигматизм
г) повышенное внутриглазное давление
д) пониженное внутриглазное давление

53. При начальных проявлениях сухого кератоконъюнктивита предпочтительнее всего назначать инстилляции:
а) кориткостероидов
б) антибиотиков
в) сульфаниламидов
г) миотиков
д) препаратов искусственной слезы
54. Жесткие контактные линзы эффективны при:
а) рецидивирующей эрозии роговицы
б) буллезной кератопатии
в) кератоконусе
г) сухом кератоконъюнктивите
д) язве роговицы
55. В лечении поверхностных форм герпетического кератита наиболее эффективно применение:
а) интерферонов и интерферогенов
б) кортикостероидов
в) антибиотиков
г) антиоксидантов
д) витаминов
56. При язвах роговицы грибкового происхождения справедливо:
а) часто резистентны к антибиотикам
б) появляются после выскабливания
в) окружены ореолом разжижения
г) кортикостероиды не улучшают клиническое течение
д) верно все перечисленное
57. Для лечения внутриглазного герпеса:
а) химиотерапевтические средства
б) неспецифические противовирусные средства
в) иммунокоррегирующие средства
г) хирургические методы лечения
д) верно все перечисленное
58. Цитомегаловирус может быть обнаружен в:
а) конъюнктиве
б) зрительном нерве
в) сетчатке
г) слезной жидкости, хориоидее
д) верно все перечисленное
59. Грибковому поражению глаз способствует:
а) длительная антибактериальная терапия
б) длительная гипотензивная терапия
в) длительная стероидная терапия
г) аденовирусный конъюнктивит
д) все перечисленное выше

60. Наиболее часто генерализованные и двусторонние поражения сосудистой оболочки глаза отмечаются при:
а) гельминтозах
б) стрептококковых заболеваниях
в) стафилококковых заболеваниях
г) системных и синдромных заболеваниях
д) аденовирусной инфекции
61. Факторами риска при возникновении увеита являются:
а) генетическая предрасположенность
б) нарушение гематоофтальмического барьера
в) системное заболевание
г) травма глаза
д) верно все перечисленное
62. При врожденном токсоплазмозе наиболее частой формой увеита является:
а) передний увеит
б) эписклерит
в) неврит
г) нейрохориоретинит
д) кератоконъюнктивит

63. Туберкулезный увеит может развиваться в результате:
а) воздушно- капельного заражения
б) воздушно-капельно, по системе кровообращения
в) вторичной инфекции по системе кровообращения
г) лимфогенного заражения
д) все перечисленное выше
64. Острые нарушения венозного кровообращения в сетчатке могут быть вызваны:
а) спазмом
б) эиболией
в) высоким внутриглазным давлением
г) тромбозом
д) ангиоретинопатей
65. Острые нарушения артериального кровообращения в зрительном нерве могут быть вызваны:
а) спазмом, эмболией, тромбозом
б) эмболией
в) тромбозом
г) хориопатией
д) нейропатией
66. Острые нарушения артериального кровообращения в сетчатке характеризуются:
а) резким снижением зрения
б) сужением сосудов сетчатки
в) ишемическим отеком сетчатки
г) изменением поля зрения, феномен "вишневого пятна"
д) верно все перечисленное
67. Феномен вишневого пятна наблюдается при:
а) неврите
б) дистрофиях сетчатки
в) тромбозе вен сетчатки
г) острой артериальной непроходимости сетчатки
д) макулярном разрыве
68. Риск возникновения отслойки сетчатки повышен:
а) после контузии глазного яблока, после ИЭК, у миопов
б) после интракапсулярной экстракции катаракты
в) у миопов
г) после перенесенного приступа глаукомы
д) при кератоконусе
69. При отслойке сетчатки больные обращаются с жалобами на:
а) слезотечение и светобоязнь
б) появление "вспышек" в глазу
в) появление "вспышек", "завесы"
г) появление "завесы" перед глазом
д) боли при движении глаза
70. Слепота в раннем послеоперационном периоде по поводу отслойки сетчатки может быть обусловлена:
а) экстраокулярной инфекцией
б) синдромом ишемии переднего отрезка
в) отслойки сосудистой оболочки
г) окклюзией центральной артерии сетчатки
д) невритом зрительного нерва
71. Рассасывающую терапию при геморрагии в сетчатку или стекловидное тело у больных диабетом следует начинать:
а) в первые часы после кровоизлияния
б) через 2-3 суток после кровоизлияния
в) через неделю после кровоизлияния
г) через 2 недели после кровоизлияния
д) через месяц после кровоизлияния
72. Наиболее частым у больного сахарным диабетом является заболевание:
а) ячмень
б) халазион, блефарит
в) экзема кожи век
г) ксантомы век
д) папилломы век
73. Для больного сахарным диабетом основными изменениями радужки являются:
а) неовакуляризация, вялое расширение зрачка

б) живая реакция на свет
в) поликория
г) аниридия
д) колобома радужки

74. Основные принципы в лечении диабетической ангиоретинопатии включают:
а) сосудоукрепляющую терапию
б) терапию антидиабетическими препаратами
в) сосудорасширяющими препаратами
г) витаминотерапию
д) верно все перечисленное

75. Механизм развития пресбиопсии объясняется:
а) ухудшением эластичности хрусталика
б) способность аккомодировать становится меньше
в) ухудшается тонус цилиарной мышцы, нарушается целостность цинновых связок
г) склерозируется хрусталик
д) нарушением трофики плоской части цилиарного тела

76. Основным методом исследования глаза при определении клинической формы катаракты является:
а) визометрия
б) биомикроскопия
в) офтальмоскопия
г) ультразвуковая эхоофтальмография
д) рефрактометрия

77. К прогрессирующей катаракте можно отнести:
а) врожденную слоистую катаракту
б) врожденную полную катаракту
в) приобретенную катаракту
г) веретенообразную катаракту
д) заднюю полярную катаракту

78. Диабетическая катаракта характеризуется:
а) истончением передней капсулы
б) сочетанием помутнений в хрусталике с изменением на глазном дне
в) наличием помутнений в зоне отщепления
г) сочетанием с офтальмогипертензией
д) врастанием сосудов в вещество хрусталика

79. К операции кератофакии прибегают с целью коррекции:
а) высокой степени миопии
б) высокой степени гиперметропии
в) афакии
г) сложного миопического астигматизма
д) сложного гипермметропического астигматизма

80. При обследовании больного в проходящем свете определяются розовый рефлекс, на фоне которого отмечаются подвижные черные штрихи и точки. Зрение снизилось незначительно. У данного больного можно предположить:
а) начальную стадию катаракты
б) незрелую катаракту
в) зрелую катаракту
г) перезревание катаракты
д) помутнение в стекловидном теле

81. Основным методом лечения катаракты является:
а) консервативная терапия
б) оперативное лечение
в) лечения не требуется
г) лазерное лечение
д) физиотерапевтическое лечение

82. Пациент обратился с клиникой острого приступа глаукомы. При этом определяется набухающая катаракта того же глаза. Тактика врача:
а) проведение консервативного лечения амбулаторно
б) проведение консервативного лечения в условиях стационара
в) направление в стационар для оперативного лечения по поводу острого приступа глаукомы
г) срочное направление в стационар для экстракции катаракты
д) плановое хирургическое лечение

83. У больного односторонняя катаракта (острота зрения =0,2). Пациент - водитель автотранспорта. Тактика лечения предполагает:
а) консервативное лечение
б) операцию экстракции катаракты с последующей оптической коррекцией очками
в) экстракцию катаракты с последующей коррекцией контактными линзами
г) экстракцию катаракты с имплантацией ИОЛ
д) рекомендовать сменить профессию
84. Тактика офтальмолога при сочетании катаракты с глаукомой предусматривает:
а) экстракапсулярную экстракцию катаракты
б) интракапсулярную экстракцию катаракты
в) факоэмульсификацию
г) экстракапсулярную экстракцию катаракты с антиглаукоматозным компонентом
д) антиглаукоматозную операцию с последующей экстракцией катаракты
85. Причиной развития застойных ДЗН могут быть:
а) опухоли мозга, воспалительные процессы, травмы мозга
б) воспалительные процессы мозга и его оболочек
в) травмы мозга
г) демиелинизирующий процесс ЦНС
д) опухоли гипофиза
86. Для осложненных застойных дисков характерно:
а) ассиметрия зрительных функций
б) ассиметрия офтальмоскопической картины
в) гомонимнные гемианопсии
г) гетеронимные гемианопсии
д) верно все перечисленное
87. Лечение оптических невритов включает препараты:
а) противовоспалительные
б) десенсибилизирующие
в) витаминные
г) дезинтоксикационные
д) верно все перечисленное
88. При неврите зрительного нерва со стороны ретинальных сосудов отмечается:
а) расширение артериол
б) расширение венул
в) расширение артериол и венул
г) сужение венул
д) сужение артериол и венул
89. При задней ишемической оптической нейропатии наблюдается:
а) бледный отечный ДЗН
б) кровоизлияния на диске
в) отек сетчатки
г) твердые экссудаты
д) отсутствие изменений на глазном дне
90. Триада симптомов, характерных для глаукомы:
а) повышение сопротивляемости оттоку водянистой влаги, изменение полей зрения, сдвиг сосудистого пучка к носу
б) неустойчивость ВГД, гетерохромия, осложненная катаракта
в) повышение ВГД, перикорнеальная инъекция, отек роговицы
г) изменение поля зрения, побледнение ДЗН, ангиоретиносклероз
д) анизокория, преципитаты, повышение ВГД
91. Биомикроскопическая картина переднего отрезка при первичной открытоугольной глаукоме включает:
а) диффузная атрофия зрачкового пояса в сочетании с деструкцией пигментной каймы, широкий УПК
б) "чешуйки" по краю зрачка и на трабекулах в УПК, осложненная катаракта
в) зрачок расширен, "фигура подсолнечника"
г) закрытый УПК, дисперсия пигмента по передней поверхности радужки
д) колобома радужки, диффузное помутнение хрусталика
92. Для острого приступа первичной закрытоугольной глаукомы характерны:
а) отек роговицы, мелкая ПК, широкий элипсовидный зрачок, застойная инъекция глазного яблока
б) зрачок узкий, реакция зрачка на свет сохранена, роговица прозрачная, поверхностная инъекция бульбарной конъюнктивы
в) отек роговицы, глубокая ПК, иридофакодонез, застойная инъекция глазного яблока
г) светобоязнь, слезотечение, роговицы тусклая, преципитаты, зрачок узкий

д) светобоязнь, боль в глазу, снижение зрения, субэпителиальные помутнения роговицы, перикорнеальная инъекция роговицы

93. Изменения поля зрения, характерные для ранней стадии глаукомы:
а) дугообразные скотомы в области Бьеррума
б) концентрическое сужение поля зрения на 15 градусов
в) секторальная гемианопсия
г) трубчатое поле зрения
д) секторальная темпоральная гемианопсия
94. Стадия глаукомы оценивается по показателю:
а) острота зрения
б) состоянию поля зрения
в) отношению э/д
г) по величине легкости оттока
д) коэффициенту Беккера
95. Атрофия зрительного нерва при глаукоме зависит от:
а) степени повышения ВГД
б) соотношения ВГД и давления в сосудах, питающих ДЗН
в) уменьшения продукции ВГЖ
г) потери астроглиального слоя зрительного нерва
д) выраженности атрофии переднего отдела сосудистого тракта
96. О стабилизации глаукоматозного процесса свидетельствует:
а) нормальные цифры ВГД
б) сужение границ поля зрения по назальным меридианам
в) увеличение глаукоматозной экскавации ДЗН
г) увеличение дефектов в слое нервных волокон сетчатки
д) усиление пигментации структур УПК
97. Стадия первичной глаукомы оценивается по показателям:
а) остроты зрения
б) уровня ВГД
в) площади глаукоматозной экскавации ДЗН
г) состояния поля зрения
д) размаха суточных колебаний ВГД
98. Динамику глаукоматозного процесса характеризуют:
а) величина внутриглазного давления
б) величина коэффеициента легкости оттока
в) состояние поля зрения
г) состояние гемодинамики
д) уровень метаболизма зрительного нерва
99. Назначение тимолола больным глаукомой противопоказано при:
а) гепатите
б) цистите
в) мочекаменной болезни
г) аденоме простаты
д) бронхиальной астме
100. Для ПОУГ характерны:
а) туман перед глазом, отсутствие жалоб, радужные круги при взгляде на источник света
б) отсутствие жалоб
в) радужные круги при взгляде на источник света
г) секторальное выпадение поля зрения
д) боль в глазу

Приложение 2

1. Определение остроты зрения без коррекции и с коррекцией.
2. Контрольное определение остроты зрения.
3. Ориентировочное определение остроты зрения по методу Дондерса.
4. Исследование поля зрения и определение типа патологии.
5. Кампиметрия.
6. Исследование поля зрения и определение типа патологии.
7. Биомикроскопическое исследование переднего отдела глаза.
8. Биомикроскопия стекловидного тела.
9. Биомикроофтальмоскопия.
10. Определение чувствительности роговицы.
11. Исследование угла передней камеры по методу Вургафта.
12. Гониоскопия.
13. Непрямая офтальмоскопия.
14. Прямая офтальмоскопия.
15. Тонометрия и эластотонометрия.
16. Диафаноскопия.
17. Определение типов клинической рефракции с помощью набора пробных оптических линз.
18. Определение рефракции методом скиаскопии и авторефрактометром.
19. Выписка рецептов на сферические, цилиндрические, сфероцилиндрические призматические очки.
20. Определение ближайшей и дальнейшей точки ясного зрения.
21. Исследование объема аккомодации.
22. Определение спазма аккомодации.
23. Определение угла косоглазия по Гиршбергу.
24. Выявление пораженной мышцы при паралитическом косоглазии.
25. Определение характера зрения по стеклам Баголини.
26. Определение характера зрения по цветовому четырехточечному прибору.
27. Определение характера косоглазия и связь с аккомодацией.
28. Определение показаний к оперативному лечению при косоглазии.
29. Рефрактометрия.
30. Определение радиуса кривизны роговицы. Офтальмометрия.
31. Эхобиометрия определения размеров глазного яблока.
32. Определение наличия отслойки; изменение стекловидного тела при эхоскопии.
33. Определение степени выстояния глазного яблока по экзофтальмометру.
34. Проба Веста на проходимость носослезного канала.
35. Локализация инородного тела в полости глаза.
36. Локализация разрывов сетчатки.
37. Кератотопография, MRT, HRT, OCT
38. Оценка нагрузочных и разгрузочных проб.
39. Коррекция аномалий рефракции.
40. Массаж век при блефарите.
41. Промывание слезных путей.
42. Выворот век.
43. Диагностика дислокации хрусталика.
44. Определение прочности прекорнеальной пленки.
45. Первая врачебная помощь при Удаление инородных тел при непроникающих ранениях глазного яблока
46. Первая врачебная помощь при при ожогах глазного яблока и его придатков
47. Первая врачебная помощь при при остром приступе глаукоме
48. Первая врачебная помощь при при острых иридоциклитах с повышенном внутриглазном давлении
49. Первая врачебная помощь при при нарушениях кровообращения в диске зрительного нерва
50. Первая врачебная помощь при при нарушениях кровообращения в сосудах сетчатки
51. Первая врачебная помощь при при проникающих ранениях глазного яблока
52. Заполнение и ведение клинической истории болезни, выписки из истории болезни.

53. Заполнение и ведение медицинской документации в поликлинике: амбулаторной карты; статистического талона; листа нетрудоспособности; направления на госпитализацию; санаторно-курортной карты и других.
54. Статическая периметрия.
55. Автоматическая периметрия.
56. Флюоресцентная проба.
57. Исследование в проходящем свете.
58. Метод бокового (фокального) освещения.
59. Пальпаторное исследование ВГД.
60. Аппланационная тонометрия по методике Маклакова.
61. Пневмотонометрия.
62. Диагностическое зондирование слёзного канала.
63. Субъективные способы определения клинической рефракции.
64. Циклоплегия.
65. Исследование чувствительности роговицы.
66. Исследование век.
67. Исследование конъюнктивы.
68. Исследование роговицы.
69. Исследование склеры.
70. Исследование зрачка.
71. Исследование хрусталика.
72. Исследование стекловидного тела.
73. Исследование глазного дна.
74. Механофосфен.
75. Световая полосчатая проба (примрозе).

Положение 3

1. Строение, функции век.
2. Строение, функции конъюнктивальной оболочки глаза.
3. Строение слёзопродуцирующего аппарата, состав и функции слезы.
4. Строение слезоотводящего аппарата, механизм слезоотведения.
5. Анатомия, гистология, функции наружной оболочки глаза.
6. Анатомия, строение, функции склеры.
7. Анатомия, строение, функции роговицы.
8. Анатомия, строение, функции радужной оболочки.
9. Анатомия, строение, функции цилиарного тела.
10. Анатомия, строение, функции собственно сосудистой оболочки.
11. Анатомия, строение, функции хрусталика.
12. Анатомия, строение, функции стекловидного тела.
13. Анатомия, строение, функции сетчатки.
14. Камеры глаза. Пути оттока внутриглазной жидкости.
15. Оптический аппарат глаза. Оптическая сила преломляющего аппарата глаза.
16. Глазодвигательный аппарат глаза.
17. Кровоснабжение органа зрения, венозный и лимфатический отток.
18. Строение орбиты, содержимое орбиты. Синдром Горнера.
19. Периферическое зрение, методы исследования периферического зрения.
20. Патологические изменения поля зрения.
21. Цветоощущение. Расстройства цветоощущения, диагностика.
22. Светоощущение. Методы определения. Расстройства сумеречного зрения.
23. Определение понятие слепоты, теоретическая и практическая слепота.
24. Центральное зрение (острота зрения). Методы исследования остроты зрения.
25. Блефариты: этиология и патогенез, лечение.
26. Ячмень: этиология, патогенез, лечение.
27. Халязион: этиология, патогенез, лечение.
28. Лагофтальм: этиология, патогенез, лечение.
29. Энтропион, эктропион: этиология, патогенез, лечение.
30. Острый конъюнктивит: этиология, патогенез, лечение.
31. Амблиопия, сроки и методы лечения.
32. Дифтерийный конъюнктивит: особенности.
33. Аллергический конъюнктивит: особенности.
34. Абсолютные и относительные признаки проникающего ранения глазного яблока.
35. Трахома: этиология, патогенез, лечение.
36. Дакриоциститы новорожденных: этиология, патогенез, лечение.
37. Флегмона слёзного мешка: этиология, патогенез, лечение.
38. Дакриоаденит: этиология, патогенез, лечение.
39. Виды рефракции глаза.
40. Простой астигматизм и его коррекция.
41. Сложный астигматизм и его коррекция.
42. Смешанный астигматизм и его коррекция.
43. Неправильный астигматизм и его коррекция.
44. Аккомодация глаза.
45. Пресбиопия и её коррекция.
46. Миопия: этиология, методы коррекции.
47. Гиперметропия: этиология, методы коррекции.
48. Анизометропия: этиология, методы коррекции.
49. Контактные линзы, показания к назначению контактных линз.
50. Кератиты: этиология, патогенез, лечение.
51. Простая и ползучая язва роговицы: этиология, патогенез, лечение.
52. Герпетический кератит: этиология, патогенез, лечение.
53. Кератопластика: показания, виды.
54. Кератомаляция: этиология, патогенез, лечение.

55. Классификация увеитов.
56. Иридоциклиты: этиология, патогенез, лечение.
57. Периферические увеиты.
58. Классификация катаракт. Методы диагностики катаракт.
59. Старческая катаракта, формы, стадии старческой корковой катаракты. Признаки, предшествующие развитию катаракты.
60. Дифференциальная диагностика старческой катаракты и открытоугольной глаукомы.
61. Метаболические катаракты, их лечение.
62. Показания к экстракции катаракт различной этиологии. Подготовка больных к операции экстракции катаракты.
63. Артифакия. Виды интраокулярных линз (ИОЛ).
64. Врожденная катаракта, показания к оперативному лечению.
65. Изменение глазного дна при сахарном диабете. Лечение.
66. Гипертоническая ангиопатия и ангиосклероз.
67. Классификация глауком.
68. Клиника первичной открытоугольной глаукомы (ПОУГ), лечение.
69. Первичная закрытоугольная глаукома (ПЗУГ), этиология, особенности клинического течения.
70. Острый приступ глаукомы. Общая и местная симптоматика.
71. Консервативное лечение острого приступа глаукомы. Показания к оперативному вмешательству.
72. Дифференциальная диагностика острого приступа глаукомы от острого иридоциклита.
73. Консервативное лечение глаукомы. Группы лекарственных препаратов.
74. Показания к хирургическому вмешательству при первичной глаукоме. Виды операций.
75. Вторичная глаукома. Профилактика.

ПАТОЛОГИЯ

1. Основные понятия нозологии. Болезнь как нарушение гомеостаза.
2. Номенклатура и классификация болезней.
3. Общая этиология. Общий патогенез. Причинно-следственные взаимоотношения в патогенезе.
4. Венозная гиперемия. Причины, механизмы, последствия.
5. ДВС - синдром. Стадии. Патогенез.
6. Экссудация. Механизмы развития. Значение.
7. Фагоцитоз при воспалении. Причины эмиграции лейкоцитов в очаг воспаления. Механизмы фагоцитарной деятельности лейкоцитов.
8. Понятие об иммунном гомеостазе, механизмы гуморального и клеточного иммунитета.
9. Опухоли. Определение сущности опухолевого роста. Этиология опухолей. Современные теории опухолевого роста. Современная классификация опухолей. Принципы ее построения. Вторичные изменения в опухолях.
10. Доброкачественные, злокачественные и опухоли с местным деструирующим ростом. Критерии злокачественности. Понятие о рецидиве.

ПЕДАГОГИКА

1. Определите место педагогики в системе современного человекознания.
2. Назовите способы структурирования содержания образования и проиллюстрируйте их на примере.
3. Дайте характеристику законодательным актам в сфере образования.
4. Какие документы составляют нормативную основу образования?
5. Что означает понятие «обучение»? Как ваше собственное понимание этого понятия соотносится с его научной трактовкой?
6. В чем обнаруживается сходство и различие процессов обучения и лечения как древнейших видов гуманитарной практики?
7. Какие типы и виды обучения оптимальны на доклиническом и клиническом этапах медицинского образования?
8. В чем суть поэтапного формирования знаний и умений? Пояснить на примерах.
9. Какие требования к выбору форм организации познавательной деятельности обучаемых на учебном занятии существуют в дидактике?
10. Что лежит в основе классификации форм организации познавательной деятельности? Как связаны между собой формы организации познавательной деятельности и цели обучения?
11. От чего зависит выбор форм организации познавательной деятельности к конкретному занятию?
12. Какие формы обучения наиболее рационально использовать на разных этапах обучения в медицинском вузе и при обучении разных категорий обучаемых (медицинский персонал, пациенты, их родственники)?

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ТУБЕРКУЛЕЗ

1. Этиология, эпидемиология и патогенез туберкулеза. Современная патоморфология туберкулеза. Понятие о множественной лекарственной устойчивости.
2. Клиническая классификация туберкулеза по МКБ-10. Классификация клинических форм туберкулеза челюстно-лицевой области (голова-шея).
3. Основные симптомы и синдромы легочного и внелегочного туберкулеза. Методы обследования больного туберкулезом: лабораторные, инструментальные.
4. Туберкулез при острых клинических ситуациях и в сочетании с сопутствующими заболеваниями: туберкулез и ВИЧ в практике врача-окулиста.
5. Дифференциальная диагностика туберкулеза от неспецифических воспалительных заболеваний в практике врача-окулиста. Алгоритм диагностики и тактика ведения.

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. Медицинское право, как отрасль права.
2. Источники медицинского права.
3. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья.
4. Права и обязанности медицинских работников.
5. Понятие и виды медико-социальной помощи.
6. Особенности медицинской услуги
7. Особенности регулирования труда медицинских работников
8. Правонарушение и юридическая ответственность
9. Гражданско-правовая ответственность субъектов предоставления и оказания медико-социальной помощи.
10. Дисциплинарная ответственность медицинских работников.
11. Административная ответственность должностных лиц.
12. Уголовная ответственность медицинских работников.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

1. Дайте определение науки «Общественное здоровье и здравоохранение». Задачи общественного здоровья и здравоохранения. Объект изучения общественного здоровья и здравоохранения.
2. Какие методы используют при изучении общественного здоровья и здравоохранения?
3. Назовите главные критерии оценки эффективности системы здравоохранения.
4. Назовите базовые функции системы здравоохранения.
5. Дайте определения фактора риска. Перечислите факторы риска и кратко охарактеризуйте.
6. Дайте определение медицинской демографии и перечислите ее основные разделы.

7. Перечислите известные Вам исторически сложившиеся на этапах развития названия предмета Общественное здоровье и здравоохранение. С чем связано существование большого числа названий предмета?

8. Воспроизводство населения (естественное движение населения).
Общие и специальные показатели, методика расчета, анализ и оценка
9.Миграция населения: внешняя, внутренняя (урбанизация,
сезонная). Факторы, ее определяющие. Влияние миграции на здоровье населения

10. Естественный прирост населения, факторы на него влияющие. Противоестественная убыль населения.
11. Дайте определения “заболеваемость”, распространенность болезней”, патологическая пораженность”
12.От чего зависит полнота учета заболеваемости?

Министерство здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики
Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Медицинский факультет
Центр медицинского послевузовского образования

УТВЕРЖДАЮ
Министр здравоохранения ПМР
_____К.В.Албул
«_4_» ____01_____2024г.

СОГЛАСОВАНО
Ученым советом факультета
протокол №_5_
от «29» ___12___2023г.
Председатель
Ученого совета факультета
_____Г.Н.Самко

ПРОГРАММА
ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ

образовательной программы послевузовского профессионального образования- программы ординатуры

Специальность **31.08.21 ПСИХИАТРИЯ-НАРКОЛОГИЯ**

Квалификация выпускника: врач – психиатр-нарколог
Трудоемкость: 108 часов-3з.е.
Сроки проведения: 24.06.24. – 6.07.24г.

Тирасполь, 2023

Программа итоговой государственной аттестации образовательной программы высшего образования- программы ординатуры по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология разработана в соответствии с Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология (утвержденным Приказом Министерства Просвещения Приднестровской Молдавской Республики № 667 от 28.07.2021г. «Об утверждении и введении в действие Государственного образовательного стандарта послевузовского профессионального образования - ординатуры)

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании кафедры Терапии с циклом фтизиатрии протокол №4 от «28» ноября 2023 г.
Заведующий кафедрой Терапии с циклом фтизиатрии _____ Лосева Н.Г.

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УМК факультета

«12» 12 2023 г. (протокол № 4)

Председатель УМК _____ (А.В. Васильчук)

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УС факультета

«29» 12 2023 г. (протокол № 5)

Председатель УС _____ (Г.Н. Самко)

Программу составили:

Ассистент _____ Ахмедов К.А.

Ассистент _____ Гайдаржи В.И.

Содержание

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.
2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры
3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации.
4. Форма и структура итоговой государственной аттестации.
   4.1 Форма итоговой государственной аттестации.
   4.2 Трудоёмкость итоговой государственной аттестации.
   4.3 Структура итоговой государственной аттестации.
5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.
6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации.
   6.1 Критерии оценки результатов тестирования
   6.2 Критерии оценки практических навыков и умений.
   6.3 Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.
7. Содержание государственного экзамена.
   7.1 Тестирование
   7.2 Практические навыки.
   7.3. Устное собеседование
8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

Приложения

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.

Цель - определение соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры требованиям Государственному образовательному стандарту послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.21 «Психиатрия-наркология».

Задачи:

— установление уровня подготовки выпускника к выполнению профессиональных задач (оценка степени сформированности всех компетенций, предусмотренных Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.21 «Психиатрия-наркология», характеризующих готовность выпускников к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации - врач – психиатр-нарколог).

— принятие решения о выдаче обучающемуся, успешно прошедшему итоговую государственную аттестацию по программе ординатуры, диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации.

2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры

Итоговая государственная аттестация относится к базовой части программы - Блок 3. итоговая государственная аттестация и завершает процесс освоения имеющих государственную аккредитацию образовательных программ ординатуры.

Итоговая государственная аттестация образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.21 «Психиатрия-наркология» завершается присвоением квалификации " врач – психиатр-нарколог".

3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путём обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- физические лица женского пола (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку готовности выпускников, освоивших программу ординатуры, к следующим видам профессиональной деятельности:

— профилактическая;
— диагностическая;
— лечебная;
— реабилитационная;
— психолого-педагогическая;
— организационно-управленческая.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

а) готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу - УК1;

б) готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия - УК2;

в) готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование - УК3.

Профессиональные компетенции (ПК):

а) профилактическая деятельность:

1) готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания - ПК1;

2) готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными - ПК2;

3) готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях - ПК3;

4) готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медикостатистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков - ПК4;

б) диагностическая деятельность - готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - ПК5;

в) лечебная деятельность:

1) готовностью к ведению, и лечению пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, обусловленными употреблением психоактивных веществ - ПК6;

2) готовностью к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации - ПК7;

г) реабилитационная деятельность - готовностью к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации - ПК8;

д) психолого-педагогическая деятельность - готовностью к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих - ПК9;

е) организационно-управленческая деятельность:

1) готовностью к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях - ПК10;

2) готовностью к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей - ПК11.

3) готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации - ПК-12.

4.Форма и структура итоговой государственной аттестации

4.1.Форма итоговой государственной аттестации

Итоговая государственная аттестация обучающихся по образовательной программе ординатуры 31.08.21 «Психиатрия-наркология» проводится в форме государственного экзамена.

4.2.Трудоёмкость итоговой государственной аттестации

Объем итоговой государственной аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) - сдачу государственного экзамена.

4.3.Структура итоговой государственной аттестации

В Блок 3 " Итоговая Государственная аттестация" входят подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена. Перед государственным экзаменом по специальности для ординаторов проводятся предэкзаменационные консультации по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в три этапа:

1 этап - тестирование, проводится для получения сертификата специалиста, имеет целью определить готовность специалиста к самостоятельной профессиональной (медицинской) деятельности (согласно Приказу Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 31.05.2022г №477 «Об утверждении Порядка приема граждан на обучение по образовательным программам послевузовского профессионального образования – программам ординатуры, а также Порядка реализации образовательных программ послевузовского профессионального образования – программ ординатуры» (регистрационный № 11145 от 15 июля 2022 года) (САЗ 22-27)). Во время тестирования обучающийся выбирает правильный(е) ответ(ы) из предложенных нескольких вариантов ответов. Каждый обучающийся отвечает на 100 тестовых вопросов, на решение которых отводится 120 минут(2 астрономических часа).

2 этап - оценка практических навыков и умений - состоит из демонстрации практических навыков и умений, приобретенных в результате освоения программы ординатуры.

3 этап – устный экзамен по дисциплине Психиатрия-наркология с целью определения сформированности профессиональных компетенций выпускника, профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения. Каждый билет состоит из пяти теоретических вопросов, в процессе проведения государственного экзамена обучающемуся могут быть заданы уточняющие или дополнительные вопросы в рамках билета. На подготовку к ИГА ординатору выделяется 2 недели. После выбора билета ординатор готовится к ответу 30 минут, отвечает согласно регламенту 20 минут. По решению комиссии обучающийся может быть освобожден от необходимости полного ответа на вопрос билета, уточняющий или дополнительный вопрос.

Этапы государственного экзамена	Компетенции, которые оцениваются в ходе этапа
1 этап - в форме тестирование	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7
2 этап - оценка практических навыков и умений	

3 этап – устный экзамен по дисциплине	ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.

5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.

Проведение ИГА определяется календарным учебным графиком, выполнением индивидуального плана ординатора и расписанием ИГА.

Перед итоговой государственной аттестацией обучающиеся должны ознакомиться с программой ИГА. Подготовка к государственному экзамену может проводиться в формах, как устного повторения пройденных дисциплин (с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д.), так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.

6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации. Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

6.1. **Критерии оценки результатов тестирования**

Подведение **итогов 1 этапа в форме тестирования. Результат решения тестов оценивается по ятибалльной системе:**

- 49% и менее правильных ответов - «неудовлетворительно»;
- 50% - 70% - «удовлетворительно»;
- 71% - 84% - «хорошо»;
- 85% - 100% - «отлично».

6.2. Критерии оценки практических навыков и умений

Результаты 2 этапа определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол ИГА. Обучающиеся, получившие оценку «неудовлетворительно» к 3 этапу государственного экзамена не допускается, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений;

- «хорошо» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет;

- «удовлетворительно» - обучающийся обладает удовлетворительными теоретическими знаниями - знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний - не знает методики выполнения, практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и т.д.; и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

6.3. Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.

Результаты 3 этапа государственного экзамена определяются оценками «отлично»,

«хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «хорошо» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «удовлетворительно» - обучающийся показывает частичное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз с учетом принятой классификации. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций, демонстрируя поверхностное знание предмета;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не показывает освоение планируемых результатов обучения по пройденным темам, не может сформулировать диагноз или неправильно его ставит. Не может правильно ответить на большинство дополнительных вопросов, характеризующих уровень освоения необходимых компетенций.

7. Содержание государственного экзамена

7.1. Тестировние: Приложение 1
7.2. Практические навыки: Прилодение 2
7.3. Устное собеседование Приложение 3

8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

Основная литература:

1. Тюльпин, Ю. Г. Психические болезни с курсом наркологии [Текст] : [учеб. для мед. училищ и колледжей]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 484 с. : ил.
2. Иванец, Н. Н. Психиатрия и медицинская психология [Текст] : [учеб. для высш. проф. образования] / Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 895 с.
3. Психиатрия [Электронный ресурс] : национальное руководство / гл. ред. : Т. Б. Дмитриева и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 1000 с. - URL : http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
4. Шабанов, П. Д. Наркология [Электронный ресурс] : рук. для врачей / П. Д. Шабанов Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 830 с. - URL : http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.

Дополнительная литература:

1. Сергеев, И. И. Психиатрия и наркология : учеб. для студентов мед. вузов / И. И. Сергеев, Н. Д. Лакосина, О. Ф. Панкова. - М. : МЕДпресс-информ, 2009. - 750 с.
2. Наркология : нац. руководство / Ассоц. мед. о-в по качеству ; Т. В. Агибалова и др. ; под ред. Н. Н. Иванца и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 719 с. : ил. + CD. - (Национальные руководства).

3. Психиатрия : учеб. для студентов мед. вузов / М. В. Коркина, Н. Д. Лакосина, А. Е. Личко, И. И. Сергеев. - 4-е изд. - Москва : МЕДпресс-информ, 2008. - 566 с.
4. Обухов, С. Г. Психиатрия : учеб. пособие / С. Г. Обухов ; под ред. Ю. А. Александровского. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 346 с.
5. Хритинин, Д. Ф. Лекции по психиатрии [Текст] : [учеб. пособие для мед. вузов]. - Москва : Медицина, 2011. - 159 с.
6. Цыганков, Б. Д. Психиатрия [Текст] : учеб. для вузов / Б. Д. Цыганков, С. А. Овсянников. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 381 с.
7. Цыганков, Б. Д. Психиатрия [Электронный ресурс] : [учеб. для высш. проф. образования] / Б. Д. Цыганков, С. А. Овсянников. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 496 с. - URL : http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
8. Иванец, Н. Н. Наркология [Электронный ресурс] : [учеб. пособие для высш. проф. образования / Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 232 с. - URL : http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
9. Крепелин, Э. Введение в психиатрическую клинику : пер. с нем. - 2-е изд., испр. - М. : БИНОМ. Лаб. знаний, 2007. - 493 с. : табл. - (Классика и современность.Психиатрия).
10. Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику [Электронный ресурс] : пер. с нем. / Э. Крепелин. – 4-е изд. (эл.). – Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2012. – 493 с. – (Классика и современность. Психиатрия). - http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
11. Нельсон, А. И. Электросудорожная терапия в психиатрии, наркологии и неврологии [Электронный ресурс] / А. И. Нельсон. – 2-е изд. (эл). – Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2012. – 369 с. - URL :http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
12. Острые психические расстройства в интенсивной терапии [Текст] : практическое руководство для анестезиологов-реаниматологов, хирургов, неврологов и психиатров / [Г. Н. Авакян, М. В. Алексеев, О. Б. Букаев и др.] ; под ред. Б. Р. Гельфанда, В. Н. Краснова. - Москва : МИА, 2014. - 226 с.

Приложение 1

1. С наличием гипоманиакального состояния могут быть связаны следующие проявления
а) повышенный аппетит
б) нарушение сна
в) расторможение влечений
г) все перечисленные
д) ни одно из перечисленных

2. Навязчивое чувство антипатии характеризуется
а) возникающим, помимо воли и вопреки действительному отношению, чувству неприязни, ненависти, отвращения к человеку
б) возникновением отчаяния из-за подобного чуждого чувства
в) невозможностью избавиться от него
г) всем перечисленным
д) ничем из перечисленного

3. Навязчивые влечения характеризуются всем перечисленным, кроме
а) появления вопреки разуму, воли и чувству
б) стремления совершать какое-либо бессмысленное, часто опасное действие
в) острого овладения рассудком, подчиняя себе все поведение больного
г) возникновения при этом страха, связанного с представлением о возможности подобных действий
д) возникновения при этом страха, связанного также с непонятностью появления чуждого влечения

4. Навязчивый страх (фобия) характеризуется всем перечисленным, кроме
а) интенсивного и непреодолимого страха, охватывающего больного
б) понимания его бессмысленности, попытками справиться с ним
в) наличия конкретного содержания
г) неопределенного чувства страха, без понимания его бессмысленности
д) возможности быть всеохватывающим

5. В сравнительно легких случаях деперсонализация выражается всем перечисленным, исключая
а) ощущение внутренней измененности, касающейся чувств и мыслей
б) восприятие окружающей обстановки как безжизненной
в) блеклое, безжизненное, приглушенное осознание себя
г) ощущение наблюдения себя как бы со стороны
д) возможность утраты чувств, возможной утраты собственного Я

6. В более тяжелых случаях деперсонализация проявляется всем перечисленным, кроме
а) ощущения нереальности окружающего
б) отчуждения мыслей, отчуждения чувств
в) отчуждения действий, поступков
г) отчуждения представлений, воспоминаний
д) восприятия их как искусственно созданных воздействием извне

7. Ипохондрический синдром проявляется всем перечисленным, исключая
а) чрезмерно утрированное внимание к здоровью
б) убежденность в существующем заболевании
в) подавленное настроение с сеностопатиями и мыслями о неизлечимой болезни
г) бредовую убежденность в существовании несуществующей болезни
д) разнообразные, крайне мучительные и тягостные ощущения

8. Особенностью паранойяльной ипохондрии является все перечисленное, кроме
а) твердой убежденности в некоем заболевании
б) убеждения, что болезнь развилась в результате воздействия гипноза и т. д.
в) наличия системы доказательств заболевания
г) упорного требования обследования
д) проявления кверулянтской активности при попытке переубеждения

9. Бредовые идеи характеризуются всем перечисленным, кроме
а) несоответствия действительности
б) доступности исправления, устранения путем убеждения
в) искажения отражения действительности
г) полного овладения сознания
д) невозможности исправления, несмотря на явное противоречие с действительностью

10. Бредовое настроение характеризуется всем перечисленным, кроме
а) напряженного предчувствия надвигающейся катастрофы

б) возникновения этого состояния после "кристаллизации бреда"
в) необъяснимого мучительного беспокойства
г) приобретения окружающим иного смысла
д) восприятия себя и окружающего мира измененным

11. Истинным галлюцинациям свойственно
а) непроизвольное возникновение представлений
б) проецирование их вовне
в) яркость, неотличимость от реальных предметов
г) все перечисленное
д) ничего из перечисленного

12. Истинные зрительные галлюцинации могут быть
а) бесформенными, с неотчетливой или очерченной формой
б) с величиной видений натуральной, уменьшенной, увеличенной
в) бесцветные, цветные
г) подвижные или неподвижные
д) все перечисленные

13. Зрительные псевдогаллюцинации характеризуются всем перечисленным, кроме
а) характера сделанности
б) наличия вызываемых, показываемых видений, картин
в) возникновения при нарушениях сознания
г) бесформенности или отчетливой формы
д) простоты или сценоподобности

14. Слуховые псевдогаллюцинации определяются всем перечисленным, кроме
а) возникновения "внутренних", "сделанных", "мысленных" голосов
б) звучания мыслей
в) громких мыслей
г) содержания брани, упреков, предсказаний, приказов и т. д.
д) ощущения, что языком больного произносят слова, фразы

15. Галлюцинаторный вариант галлюцинаторно-параноидного синдрома характеризуется
а) преобладанием псевдогаллюцинации
б) небольшим удельным весом психических автоматизмов
в) незначительным удельным весом бреда преследования и воздействия
г) всем перечисленным
д) ничем из перечисленного

16. Бредовый вариант галлюцинаторно-параноидного синдрома характеризуется
а) преобладанием бредовых идей воздействия и преследования
б) большим удельным весом психических автоматизмов
в) относительной слабостью выраженности псевдогаллюцинаторных расстройств
г) всем перечисленным
д) ничем из перечисленного

17. Ступор с явлениями восковой гибкости проявляется всем перечисленным, кроме
а) состояния обездвиженности
б) сохранения любого изменения позы
в) резкого напряжения мышц с противодействием при попытке изменить позу
г) появления восковой гибкости в жевательных мышцах, затем в мышцах шеи, верхних и нижних конечностях
д) исчезновения восковой гибкости в обратном порядке

18. Ступор с оцепенением проявляется всем перечисленным, кроме
а) резчайшего мышечного напряжения
б) постоянного пребывания в одной и той же позе
в) явлений восковой гибкости
г) пребывания чаще во внеутробной позе
д) появления симптома хоботка (вытянутых губ при плотно сжатых челюстях)

19. Импульсивные действия проявляются всем перечисленным, кроме
а) характера сделанности
б) совершения действия без контроля сознания
в) возникновения при глубоком нарушении психической деятельности
г) внезапного и стремительного начала
д) немотивированного и бессмысленного действия

20. Импульсивные влечения проявляются всем перечисленным, кроме
а) острых, время от времени возникающих стремлений, овладевающих рассудком
б) бессмысленных двигательных возбуждений
в) влечений, подчиняющих себе поведение больного
г) сопровождающихся подавлением всех конкурирующих мыслей, представлений, желаний

д) неполноты, непоследовательности воспоминаний о времени их господства

21. Онейроидная кататония проявляется

а) экстатическим, импульсивным, гебефреническим возбуждением
б) ступором с явлениями восковой гибкости, ступорозными состояниями
в) онейроидным помрачением сознания
г) всем перечисленным
д) ничем из перечисленного

22. Третья стадия делирия характеризуется всем перечисленным, кроме

а) наплыва зрительных, обычно сценоподобных галлюцинаций
б) хаотического беспорядочного возбуждения в пределах постели
в) резкого двигательного возбуждения со страхом и тревогой
г) наличия светлых промежутков с астенией
д) усиления галлюцинаторных расстройств к вечеру

23. Мусситирующий (бормочущий) делирий проявляется всем перечисленным, исключая

а) совершение профессиональных движений
б) хаотическое беспорядочное возбуждение обычно в пределах постели
в) невнятное бессвязное бормотание
г) развитие на высоте возбуждения хореиформных гиперкинезов
д) возможность развития карфологии

24. Профессиональный делирий проявляется

а) более глубоким, чем при обычном делирии помрачением сознания
б) преобладанием возбуждения в виде автоматизированных двигательных актов под наплывом галлюцинаций
в) глубокой дезориентировкой в окружающей обстановке и отсутствием реакции на окружающее
г) всем перечисленным
д) ничем из перечисленного

25. Этапами развития онейроида являются все перечисленные, кроме

а) экспансивного онейроида
б) ориентированного онейроида
в) фантастически-иллюзорного онейроида
г) грезоподобного онейроида
д) острой парафрении

26. Начальный этап развития онейроида проявляется

а) лабильностью аффекта
б) преобладанием пониженного настроения с оттенком капризности немотивированной тревоги, либо повышенного настроения с оттенком восторженности, экзальтации
в) возникновением расстройства сна: чередования необычайно ярких сновидений с бессонницей, нарушениями аппетита, головными болями, неприятными ощущениями в области сердца
г) всем перечисленным
д) ничем из перечисленного

27. Этап острой фантастической парафрении проявляется всем перечисленным, кроме

а) фантастических видоизменений предшествующих психических расстройств
б) появления астенических расстройств
в) приобретения фантастического содержания реальных событий
г) возникновения фантастического ретроспективного бреда
д) возникновения манихеиского бреда

28. Разновидностями простой формы сумеречного помрачения сознания являются

а) амбулаторные автоматизмы
б) фуга или транс
в) сомнамбулизм или лунатизм (амбулаторный автоматизм, возникающий во сне)
г) все перечисленные
д) ничего из перечисленного

29. Сумеречное помрачение сознания с продуктивными расстройствами ("психотическая" форма) проявляется всем перечисленным, кроме

а) сопровождается галлюцинациями, бредом и измененным аффектом
б) возникает относительно постепенно
в) восприятие больными окружающего искажено существованием бредовых расстройств
г) слова и действия больных отражают существование патологических переживаний
д) наблюдается грезоподобный бред с преобладанием визуализированных фантастических представлений

30. Особенностями сумеречного помрачения сознания с продуктивными расстройствами является все перечисленное, исключая
а) оно бывает непрерывным и альтернирующим
б) продолжительность от нескольких часов до недель
в) амнезия после выхода из него бывает частичной, ретардированной или полной
г) отношение как к чуждым действиям, совершенным в период помрачения сознания
д) ориентированность в месте и времени

31. Эпилептическое состояние сопровождается
а) изменениями в сердечно-сосудистой системе
б) повышением температуры и другими сомато-вегетативными расстройствами
в) изменениями биохимии крови
г) ничем из перечисленного
д) всем перечисленным
32. Неотложная помощь при эпилептическом состоянии включает следующие основные принципы
а) раннее начало лечения
б) комплексность терапевтических мер
в) применение дозированного наркоза
г) все перечисленные
д) ничего из перечисленного
33. К малым припадкам относятся все перечисленные, кроме
а) абсансов
б) пропульсивных (акинетических)
в) ретропульсивных
г) импульсивных (миоклонических)
д) парциальных (джексоновских)
34. Абсансы (кратковременные состояния с внезапным выключением сознания) разделяются на
а) слабые просты
б) средние сложные
в) с автоматизированными действиями
г) все перечисленные
д) ничего из перечисленного
35. К разновидностям пропульсивных припадков относятся все перечисленные, исключая
а) кивки
б) салам-припадки
в) клевки
г) амиотонические
д) молниеносные
36. Антероградная амнезия характеризуется
а) утратой воспоминаний о событиях, непосредственно следовавших за окончанием бессознательного состояния или другого расстройства психики
б) распространением подобного забвения на различный период (часы, дни, недели)
в) правильным поведением больных в этот, затем забытый период
г) ни одним из перечисленных утверждений
д) всеми перечисленными утверждениями
37. Фиксационная амнезия характеризуется
а) потерей способности запоминать
б) отсутствием памяти на текущие события
в) выпадением из памяти событий, непосредственно предшествовавших настоящему состоянию
г) всем перечисленным
д) ничем из перечисленного

38. Конфабуляции представляют собой все перечисленное, исключая
а) ложные воспоминания
б) действительные события, бывшие или возможные в прошлом, перемещенные в ближайшее время
в) обыденные, часто связанные с профессией события, замещающие пробел в воспоминаниях больного
г) патологические воображения в форме воспоминаний
д) сделанные воспоминания
39. Расстройство побуждений проявляется

а) повышением волевой активности
б) понижением волевой активности
в) отсутствием побуждений
г) извращением волевой активности
д) всем перечисленным

40. Гипобулия проявляется всем перечисленным, кроме

а) пониженной волевой активности, бедности побуждений, вялости, бездеятельности
б) скудной, лишенной выразительности речи, снижения двигательной активности
в) ослабления внимания, обеднения мышления
г) ограничения общения вследствие снижения откликаемости
д) повышения мышечного тонуса

41. Заторможение процесса мышления характеризуется всем перечисленным, кроме

а) замедления возникновения ассоциаций, уменьшения количества ассоциаций
б) однообразия мыслей и представлений, трудности их образования
в) трудности отделения главного от второстепенного
г) жалоб на утрату способности к мышлению
д) ощущения ослабления умственных способностей

42. Бессвязность мышления (инкогеренция) характеризуется всем перечисленным, кроме

а) утраты способности к образованию ассоциативных связей, речи в виде беспорядочности набора слов
б) наличия непроизвольно возникающего непрерывного и неуправляемого потока мыслей, наплыва образов, представлений
в) утраты способности к отражению действительности в ее связях и отношениях
г) потери способности к элементарным обобщениям, к анализу и синтезу
д) хаотически образующихся бессмысленных связей в мышлении

43. Обстоятельность мышления характеризуется всем перечисленным, кроме

а) замедления образования новых ассоциаций вследствие преобладания предыдущих
б) утраты способности отделения главного от второстепенного
в) утраты способности отделения существенного от несущественного
г) выраженной затрудненности последовательного течения мыслей, сопровождающейся замедленностью
д) снижения продуктивности мышления

44. Сужение объема мышления характеризуется всем перечисленным, исключая

а) крайнюю ограниченность содержания мышления, обеднение темы
б) сужение круга представлений
в) нарушение целенаправленности мышления
г) уменьшение подвижности мыслительных процессов
д) затруднение переключения с одной темы на другую

45. Закупорка мышления (шперрунг) проявляется всем перечисленным, кроме

а) неожиданной остановки, перерыва мыслей
б) внезапной блокады мыслей
в) возникновения при кратковременном нарушении сознания
г) того, что больные замолкают, утратив нить мысли
д) возникновения при ясном сознании

46. Искаженное, диспропорциональное, дисгармоническое психическое развитие определяется как

а) ретардация
б) асинхрония развития
в) акселерация

47. К возможным причинам психического дизонтогенеза относится

а) генетические факторы
б) экзогенно-органические факторы
в) длительное неблагоприятное воздействие микро-социально-психологического фактора
г) разнообразные сочетания тех и других

48. Запаздывание или приостановка психического развития определяется как

а) асинхрония развития
б) акселерация
в) ретардация
г) высвобождение более ранних форм нервно-психического реагирования

49. Недоразвитие отдельных психических функций и форм познавательной деятельности - речи, счетных операций, пространственной ориентации можно отнести

а) к общей (тотальной) ретардации

б) к асинхронии психического развития
в) к дизонтогенезу по типу парциальной ретардации

50. Вариантом дизонтогенеза, соответствующим психическому инфантилизму, является
а) асинхрония
б) акселерация
в) тотальная психическая ретардация
г) парциальная психическая ретардация

51. За маской гиперкинетического синдрома с повышенной активностью, говорливостью, приподнятым настроением у детей может скрываться
а) гипомания
б) субдепрессия
в) гиперкомпенсаторные реакции
г) бредовая настроенность

52. Клинический вариант гиперкинетического (гипердинамического) синдрома с двигательной расторможенностью, неустойчивостью настроения, повышенной раздражительностью, церебрастеническими и неврозоподобными расстройствами у детей следует оценить как
а) конституциональный вариант гиперкинетического синдрома
б) энцефалопатический вариант гиперкинетического синдрома
в) гиперкинетический синдром при детской шизофрении

53. Клинический вариант гиперкинетического (гипердинамического) синдрома, при котором двигательная расторможенность и повышенная отвлекаемость сочетаются с личностными особенностями истероидного круга у детей, следует расценить как
а) конституциональный вариант гиперкинетического синдрома
б) энцефалопатический вариант
в) гиперкинетический синдром при шизофрении

54. Основным признаком отличия страхов сверхценного содержания от навязчивых страхов является
а) содержание страхов отражает определенные объекты, вызвавшие недуг
б) представления об устрашающих объектах доминируют в сознании
в) ребенок убежден в обоснованности страхов и не пытается их преодолеть

55. Бредовый характер страхов помогает определить у ребенка следующий признак
а) страхи возникают вне зависимости от психотравмирующей ситуации
б) страхи обнаруживают склонность к постоянству
в) страхи не корригируются
г) бредовые страхи сочетаются с симптомами психотического уровня, например, с галлюцинациями
д) имеют значение все перечисленные признаки

56. Наиболее характерным признаком реактивных (ситуационных) уходов у детей является
а) нарушение влечений
б) аутистическая тенденция к одиночеству
в) личностные реакции протеста

57. К основным признакам мутизма как реакции протеста у детей следует отнести
а) в основе мутизма лежат сверхценные переживания (обида, ущемленное самолюбие и т. п.)
б) мутизм возникает в связи с психической травмой
в) мутизм сочетается с другими невротическими расстройствами
г) верно все перечисленное

58. Психопатологическую сущность состояния, при котором недовольство мнимым физическим недостатком усиливается, влияя на все поведение подростка и приобретая характер некорригируемого и даже нелепого убеждения (миловидная девушка утверждает, что у нее безобразная внешность) , следует оценить как
а) сверхценную дисморфофобию
б) навязчивую дисморфофобию
в) и то, и другое
г) ни то, ни другое

59. Состояние подростка в случае, если его увлечение вопросами биологии приобретает чрезмерный характер и возникает на основе воспитания односторонних интересов к биологии, следует оценить как
а) увлечение паранойяльного характера
б) увлечение сверхценного характера

в) навязчивые интересы и увлечения

60. Синдром односторонних интересов и увлечений наиболее часто наблюдается

а) в дошкольном возрасте
б) в младшем школьном возрасте
в) в пубертатном периоде
г) в юношеском возрасте

61. Выраженное, стойкое снижение аппетита с периодическим отказом от еды и рвотами у детей грудного возраста, а также у детей раннего и дошкольного возраста при резких изменениях режима питания, перекармливании, принудительном кормлении следует классифицировать как

а) истинную анорексию
б) психическую анорексию
в) психологически понятную реакцию здорового ребенка

62. Состояние ребенка определяется высокой истощаемостью психических процессов наряду с повышенной раздражительностью, гиперстезией по отношению к физическим и психическим раздражителям. Его можно расценить как

а) апато-абулический синдром
б) субдепрессию
в) астению

63. Длительное (недели и более) расстройство настроения с подавленностью, грустью, жалобами на скуку, капризностью, плаксивостью, двигательной заторможенностью, снижением аппетита и нарушением сна, общим недомоганием, жалобами на боли в животе при отсутствии соматического заболевания следует расценивать как

а) астенический синдром
б) неврозоподобный синдром
в) фобический синдром
г) депрессивный синдром

64. После перенесенного гриппа у ребенка появилось стойкое снижение настроения с эмоциональной слабостью, истощаемостью внимания, вегетативно-сосудистой лабильностью. Это состояние следует оценить как

а) постинфекционную астению
б) депрессию
в) дистрофическое состояние

65. У ребенка раннего возраста повышенная возбудимость вегетативной нервной системы, сниженный аппетит, частые нарушения сна, пугливость, склонность к страхам. Указанное состояние следует расценить как

а) астено-невротическое
б) невропатию
в) невроз испуга
г) шизотипический дизонтогенез

66. Шизофренией наиболее часто заболевают в возрасте

а) подростковом
б) зрелом
в) старческом
г) одинаково во всех возрастных группах

67. Для шизофрении характерны все перечисленные расстройства, кроме

а) неврозоподобных расстройств
б) бредовых расстройств
в) галлюцинаторно-бредовых расстройств
г) судорожного синдрома
д) верно а) и г)

68. Специфическими, встречающимися только при шизофрении, являются следующие расстройства

а) синдром Кандинского - Клерамбо
б) псевдогаллюцинации
в) интерпретативный бред
г) все перечисленные

д) ничего из перечисленного

69. Характерным для изменений личности (негативных расстройств) при шизофрении является все перечисленное, кроме

а) снижения энергетического потенциала
б) эмоционального обеднения
в) нарастающей интравертированности
г) утраты единства психических процессов
д) тугоподвижности, замедленности всех психических процессов

70. Для мышления больных шизофренией характерно

а) замедление ассоциативного процесса
б) феномен соскальзывания и явление закупорки мышления
в) обстоятельность
г) ускорение ассоциативного процесса
д) все перечисленное

71. Простой вариант злокачественной шизофрении характеризуется

а) гебефреническим синдромом
б) кататоническим синдромом
в) симплекс-синдромом
г) бредовыми синдромами
д) аффективными синдромами

72. Для симплекс-синдрома в отличие от обычного пубертатного криза характерны

а) негативизм к родителям
б) максимализм в суждениях
в) выраженные аффективные проявления
г) отсутствие ярких эмоциональных реакций и феномен метафизической интоксикации

73. Вариант злокачественной шизофрении с развитием на фоне симплекс-синдрома полиморфной, психотической симптоматики, без преобладания какого-либо синдрома называется

а) простой шизофренией
б) параноидной шизофренией
в) гебоидофренией
г) гебефренической шизофренией
д) люцидной кататонией

74. При параноидной шизофрении начало заболевания наиболее часто приходится

а) на юношеский возраст
б) на детский возраст
в) на зрелый возраст
г) на период инволюции
д) на поздний возраст

75. Наиболее адекватно отражают принадлежность эндогенного процесса к параноидной шизофрении следующие критерии

а) преобладание бредовых расстройств в клинической картине болезни и характерная последовательность их развития
б) отсутствие приступообразности, фазности в течении болезни
в) выраженные аффективные расстройства (психотические мании, депрессии)
г) признаки расстроенного сознания
д) верно а) и б)

76. Понятие "первичное патологическое влечение к алкоголю" соответствует утверждению

а) активное стремление больных алкоголизмом к употреблению алкоголя вне интоксикации
б) неспособность больного прекратить употребление спиртных напитков в пределах алкогольного эксцесса, независимо от изначально выпитой дозы и ситуации
в) неодолимое стремление больных продолжить выпивку после определенной дозы
г) стремление к употреблению алкоголя на фоне психических расстройств после абузуса

77. Наиболее общие свойства патологического влечения к алкоголю включают все перечисленное, кроме

а) изменения суждений больного
б) направленности интересов, приобретающих мировоззренческий характер
в) доминирующего характера поведения

г) формирования жизненных позиций под влиянием влечения
д) сохранения критики к своему состоянию и окружающему

78. Наиболее характерными сомато-вегетативными признаками, свидетельствующими об актуализации патологического влечения к алкоголю, являются все перечисленные, кроме

а) ощущения общего недомогание, слабости
б) изменения аппетита
в) ощущения жажды
г) потливости
д) уменьшения частоты курения

79. Наиболее часто встречающимися при актуализации патологического влечения к алкоголю признаками изменения психического состояния являются все перечисленные, кроме

а) неустойчивости настроения
б) нарушения сна, появления в сновидениях алкогольной тематики
в) повышения истощаемости
г) беспричинной напряженности, затруднений при попытке расслабиться
д) переключения интересов на занятия типа "хобби"

80. Для симптома ситуационно-обусловленного первичного влечения к алкоголю характерно все перечисленное, кроме

а) появления на начальных стадиях заболевания
б) связи с ситуациями (различные семейные события, ситуации, имеющие отношения к профессиональной деятельности)
в) оживленности, подъема настроения перед употреблением алкоголя
г) невозможности предотвратить эксцесс с помощью социально-этических норм

81. Для судорожных припадков в структуре алкогольного абстинентного синдрома, в отличие от эпилепсии, характерно все перечисленное, кроме

а) преобладания тонической фазы в картине припадка
б) стереотипности припадков
в) развития психомоторного возбуждения после припадка
г) отсутствия на ЭЭГ характерных для эпилепсии изменений

82. Для абстинентного алкогольного синдрома с психическими расстройствами характерно все перечисленное, кроме

а) депрессивно-тревожного аффекта с пугливостью
б) расстройства сна, сопровождающегося кошмарными сновидениями
в) тревожно-параноидной установки
г) вербального галлюциноза
д) рудиментарных зрительных галлюцинаций

83. Для абстинентного алкогольного синдрома с обратимыми психоорганическими расстройствами характерно все перечисленное, кроме

а) мнестических расстройств с утратой критики к своему состоянию и окружающему
б) колебаний аффекта от благодушия, эйфории до немотивированной злобы
в) атаксии, генерализованного тремора, пирамидных знаков
г) обстоятельности мышления, бедности речи
д) расстройства схемы тела

84. Алкогольный абстинентный синдром отличается от абстинентного синдрома при барбитуровой наркомании всем перечисленным, кроме

а) сроков формирования
б) тяжести клинических проявлений
в) напряженности аффекта, дистрофичности
г) наличия вегетативных расстройств
д) наличия постоянной судорожной готовности

85. Боли в крупных суставах и желудке в структуре абстинентного синдрома характерны для хронической интоксикации

а) алкоголем
б) опиатами
в) препаратами конопли
г) барбитуратами

86. Взаимосвязь между алкоголизмом и туберкулезом легких обусловлена

а) снижением местной защиты легких в связи с алкогольной интоксикацией
б) развитием функциональных и органических изменений в ЦНС и внутренних органах, иммунной системе
в) неполноценным питанием, нарушением обмена веществ
г) снижением общей резистентности организма
д) всем перечисленным

87. К изменениям кожных покровов при алкоголизме относится все перечисленное, кроме
а) расширения поверхностных сосудов кожи
б) гиперемии кожи лица
в) трофических язв
г) меланоза
д) "сосудистых звездочек" и участков депигментации
88. Нарушение зрения при алкоголизме проявляется всем перечисленным, кроме
а) амблиопии
б) сужения полей зрения
в) нарушения темновой адаптации
г) нарушения цветового зрения
д) атрофии зрительного нерва

89. Неврологические проявления алкоголизма включают в себя все перечисленное, кроме
а) полиневропатии
б) синдрома рассеянного энцефаломиелита
в) судорожного синдрома
г) гипоталамического синдрома с вегетативно-сосудистыми пароксизмами
д) паркинсоноподобного синдрома
90. Среди патогенетических механизмов неврологических нарушений при алкоголизме выделяют все перечисленные, кроме
а) токсических и деструктивных процессов, обусловленных токсическими эффектами этанола
а) повышения внутричерепного давления
в) гидроцефалического синдрома
г) воспалительных процессов в головном и спинном мозгу
91. Термин "наркотическое" средство включает в себя следующие критерии
а) медицинский
б) социальный
в) юридический
г) все перечисленные
92. Термин "наркотик" применим
а) к тем веществам или лекарственным средствам, которые признаны законом наркотическими
б) ко всем веществам или лекарственным средствам, способным вызывать зависимость
в) и к тем, и к другим
г) ни к тем, ни к другим
93. В настоящее время для наркоманий характерны все перечисленные тенденции, исключая
а) появление новых форм наркотиков, смену их
б) склонность к комбинированному приему наркотиков
в) рост числа женщин, злоупотребляющих наркотиками
г) преимущественное употребление средств растительного происхождения
д) появление новых путей введения наркотиков
94. Чаще всего наркомания формируется у лиц
а) с дефектами воспитания
б) с личностными девиациями
в) с нарушениями социальной адаптации
г) со всем перечисленным
д) ни с чем из перечисленного
95. Больным наркоманией в преморбиде присущи все перечисленные особенности, кроме
а) черт психического инфантилизма
б) высокой частоты перинатальной и ранней постнатальной патологии
в) затруднений в социальной адаптации
г) различных психопатологических расстройств (логоневроз, невротические реакции, гипердинамический синдром и др.)
д) паранойяльности
96. I фаза абстинентного синдрома при барбитуровой наркомании характеризуется
а) ознобом
б) гипергидрозом
в) бессонницей
г) миозом
д) чувством неудовлетворенности, беспокойством

97. Для II фазы абстинентного синдрома при барбитуровой наркомании характерно все перечисленное, исключая

а) гиперрефлексию
б) мышечную гипертензию
в) мелкий тремор
г) подъем артериального давления
д) сонливость

98. В III фазе абстинентного синдрома при барбитуровой наркомании появляются все перечисленные симптомы, кроме

а) болей в желудке
б) болей в кишечнике
в) рвоты, поноса
г) болей в крупных суставах
д) коллапсов

99. Апогей абстинентного синдрома при барбитуровой наркомании характеризуется

а) разрядкой напряженной дисфории
б) появлением судорожных припадков
в) депрессией
г) развитием делирия или галлюцинаторно-бредовых психозов
д) усилением двигательной и аффективной подвижности

100. Барбитуровый делирий отличается от алкогольного всем перечисленным, исключая

а) меньшее двигательное возбуждение
б) интенсивную цветовую окрашенность галлюцинаторных образов
в) отсутствие "скачущего" аффекта
г) менее глубокую степень помрачения сознания
д) развивающиеся эпилептиформные припадки, не заканчивающиеся сном

Приложение 2

1. Проведение первичного психиатрического освидетельствования больных на дому и в стационаре.
2. Уметь правильно госпитализировать психически больного согласно закона ПМР «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»
3. Умения использовать рубрики (а,б,в) статьи 29. Закона «О психиатрической помощи» при недобровольной госпитализации психически больных в психиатрический стационар.
4. Умение вести беседу с родственниками больного. Принципы соблюдения врачебной тайны и принципы информированного согласия.
5. Умение пользоваться МКБ -10. Перечислить 9 диагностических рубрик (f0-f9) МКБ-10 раздела психических и поведенческих расстройств человека.
6. Методика проведения опроса больного, анализа анамнестических сведений (субъективных и объективных).
7. Методы купирования острого психомоторного возбуждения.
8. Методы предупреждения суицидальных действий больных.
9. Методы психологического обследования психически больных.
10. Умение правильно оценить клиническую ясность сознания у психически (наркологически) больного.
11. Выявление особенностей патологии мышления психически больного, имеющих наибольшую социальную опасность.
12. Умение оценить уровень интеллектуально-мнестической деятельности психически больного.
13. Процедура проведения проб на выявление галлюцинаторной готовности (к зрительным и слуховым галлюцинациям).
14. Умение диагностировать клинические признаки: а) простого алкогольного опьянения б) наркотического опьянения.
15. Навыки проведения медицинского освидетельствования для установления состояния опьянения, варианты заключений.
16. Методика забора материала для определения концентрации алкоголя в крови и моче, умение интерпритировать результат.
17. Умение оказать помощь больному при большом эпиприпадке.
18. Умение купировать эпилептический статус.
19. Метод купирования и борьбы с отказом от пищи психически больных.
20. Купирование острого нейролептического синдрома.
21. Умение оказать помощь гериатрическому контингенту в психиатрии.
22. Составление клинической стационарной и амбулаторной истории болезни на психического (наркологического) больного.
23. Практическое освоение организации системы диспансерного наблюдения (консультативное) психически больных на врачебном участке.
24. Практическое освоение организации системы диспансерного наблюдения (консультативное) наркологически больных на врачебном участке.
25. Методика опроса наркологического больного, сбор наркологического анамнеза.
26. Умение использовать закон ПМР «О социальной реабилитации больных, страдающих хроническим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией» при постановке на учет и динамическом наблюдении за наркологическими больными.
27. Выявление диагностических критериев, основных синдромов в наркологии.
28. Оказание первой помощи при передозировке опиатами.
29. Проведение детоксикации и многопрофильной инфузионной терапии с коррекцией водных потерь, КЩС, электролитного обмена и т.д. при неотложных состояниях в наркологии (острые отравления алкоголем и психоактивными веществами, тяжелый абстинентный синдром, психоз и др.).
30. Умение диагностировать стадии алкогольной зависимости, их клинические критерии.
31. Навыки диагностики и ведение пациентов с алкогольным абстинентным синдромом.
32. Навыки диагностики и ведение пациентов с алкогольным делирием.
33. Навыки диагностики и ведение пациентов с алкогольным галлюцинозом.
34. Навыки диагностики и ведение пациентов с алкогольными бредовыми расстройствами.
35. Навыки диагностики и ведение пациентов с Корсаковским психозом.
36. Основные принципы лечения пациентов с алкогольной, наркотической зависимостью. Психотерапия.
37. Проведение санитарно-просветительской работы по предупреждению употребления и злоупотребления алкоголем и психоактивными веществами.
38. Умение использовать основные методики первичной и вторичной профилактики наркологических расстройств у населения.
39. Обосновать назначение основных лабораторно-инструментальных методов обследования.
40. Навык оценки морфологических и биохимических показателей крови, мочи, ликвора и других биологических сред, данные рентгеноскопии и рентгенографии, ЭКГ, ЭЭГ, ЭХОграфии, КТ и МРТ в диагностике патологического процесса и определении его активности

Приложение 3

1. Общественное здоровье и здравоохранение: Эпидемиология наркологических заболеваний.
2. Организация наркологической помощи.
3. Правовые аспекты психиатрии-наркологии.
4. Медицинская этика и деонтология в психиатрии-наркологии.
5. Классификация психопатологических расстройств. Классификация расстройств психической деятельности. Психические и поведенческие расстройства в МКБ-10.
6. Генетические и биологические основы психических расстройств.
7. Лабораторные, генетические и морфологические методы обследования пациентов в психиатрии и наркологии.
8. Врачебно-трудовая, военная, судебно-психиатрическая экспертиза.
9. Общая психопатология. История и современное состояние проблемы классификации психопатологических синдромов.
10. Социальная психиатрия (задачи, методы, направления).
11. Генетические и биологические основы психических расстройств.
12. Клинико-психопатологические методы исследования в психиатрии. Методы стандартизации психиатрического диагноза; диагностические шкалы.
13. Патопсихологические методы исследования, общая характеристика, особенности при отдельных психических расстройствах. Понятие патопсихологического синдрома.
14. Методики патопсихологического исследования внимания.
15. Методики патопсихологического исследования памяти.
16. Методики патопсихологического исследования интеллекта.
17. Методики патопсихологического исследования мышления.
18. Методики патопсихологического исследования личности.
19. Симптоматология и синдромология расстройств восприятия, их классификация. Особенности расстройств восприятия при различных психотических состояниях.
20. Клиническая характеристика отдельных свойств памяти. Симптоматология и синдромология расстройств памяти. Клинические особенности нарушения памяти при различных заболеваниях. Амнестический корсаковский синдром.
21. Основные симптомы расстройств ассоциативного процесса мышления. Расстройства мышления: ментизм, разорванность, бессвязность и др. Сверхценные и бредовые идеи (определение, клиническое содержание).
22. Галлюцинаторно-бредовые синдромы. Диагностическое значение и структура бредовых синдромов. Возрастная динамика. Синдром психического автоматизма (Кандинского-Клерамбо), клиническая характеристика.
23. Обсессивно-компульсивные расстройства. Определение, клинические разновидности.
24. Интеллект: сущность понятия, определение. Расстройства интеллекта. Психоорганический синдром: причины, клинические варианты. Деменция: степени и клинические характеристики.
25. Умственная отсталость: определение понятия, диагностика, клиническая характеристика. Профилактика, лечение, реабилитация больных умственной отсталостью.
26. Невротические и неврозоподобные синдромы.
27. Эмоционально-волевые расстройства. Аффективные расстройства. Кататонические синдромы.
28. Внимание. Психологическая характеристика и основные расстройства. Эмоции. Виды эмоциональных проявлений и их классификация. Симптоматика расстройств эмоций.
29. Маниакальный синдром, формы и клинические варианты. Клинические формы депрессивных состояний.
30. Психология влечений, клиническое значение проблемы. Основные психопатологические симптомы расстройств влечений. Основные формы нарушения влечений у пациентов.
31. Клинические проявления психомоторного возбуждения. Психопатоподобный синдром.
32. Кататонические синдромы.
33. Расстройства личности и акцентуации личности: понятие, основные клинические типы. Методы врачебной и социальной помощи при расстройствах личности.
34. Клиническая характеристика судорожных пароксизмов. Бессудорожные эпилептические пароксизмы. Сумеречные расстройства сознания. Прогрессирующие изменения личности при неблагоприятно текущей эпилепсии.
35. Нарушения сознания (симптомы, синдромы). Синдромы «выключения» сознания. Кома.
36. Нарушения сознания (симптомы, синдромы). Синдромы помрачения сознания. Делириозный синдром. Аментивный синдром.
37. Психические расстройства при острых и хронических соматических и инфекционных заболеваниях (экзогенные типы реакции по Бонгефферу).
38. Психосоматические и соматопсихические расстройства.

39. Изменения личности у лиц, злоупотребляющих ПАВ.
40. Основы клинической психофармакологии.
41. Клинические основы суицидологии.
42. Аддиктивное поведение.
43. Неотложные состояния в психиатрической практике.
44. Шизофрения. Возрастные особенности шизофрении (детский, подростковый, поздний вариант). Формы, типы течения шизофрении (в исторической динамике и в различных клинических школах). Диагностика, лечение, реабилитация больных шизофренией.
45. Биполярное аффективное расстройство.
46. Эпилепсия и эпилептиформный синдром. Диагностика, лечение, реабилитация больных эпилепсией.
47. Эпилептический статус. Клиническая характеристика, купирование эпилептического статуса.
48. Психические расстройства при острых и хронических соматических и инфекционных заболеваниях (экзогенные типы реакции по Бонгефферу).
49. Сифилис мозга (клинические варианты). Стадии течения и формы прогрессивного паралича. Диагностика и лечение сифилитических поражений головного мозга.
50. Психические расстройства в остром периоде черепно-мозговой травмы. Психические нарушения в стадии отдаленных последствий черепно-мозговой травмы.
51. Значение общемозговых и очаговых симптомов, психических расстройств для клиники и топической диагностики объемных процессов головного мозга.
52. Классификация основных форм церебрально-сосудистой патологии. Общецеребральные расстройства на различных стадиях сосудистой патологии. Острые и хронические психозы сосудистого генеза.
53. Инфекционные заболевания у наркологических больных: гепатиты, ВИЧ/СПИД и др. Туберкулез и алкоголизм, их взаимообусловленность.
54. Изменения личности у лиц, злоупотребляющих ПАВ.
55. Психические расстройства при первично-дегенеративных (атрофических) процессах головного мозга, общие закономерности течения и исходов. Болезнь Альцгеймера; Пика; хорея Гентингтона. Клиника, дифференциальная диагностика.
56. Расстройства психической деятельности в старческом возрасте. Сенильный психоз. Психопатологическая симптоматика на различных этапах течения. Лечение возрастных психозов.
57. Расстройства личности (психопатии) и акцентуации личности: понятие, основные клинические типы. Психопатоподобные расстройства. Методы врачебной и социальной помощи при расстройствах личности.
58. Клинические основы суицидологии.
59. Аддиктивное поведение.
60. Неотложные состояния в психиатрической практике.
61. Общая патология и патогенез наркологических заболеваний: Нейрохимические основы деятельности мозга. Метаболизм этанола. Механизмы его токсического действия.
62. Биологические механизмы зависимости от психоактивных веществ. Генетика алкоголизма и наркоманий. Социально-психологические факторы патогенеза наркологических заболеваний.
63. Трудовая, военная и судебно-психиатрическая экспертиза при наркологических заболеваниях. Судебно-наркологическая экспертиза.
64. Соматоневрологические нарушения у лиц, злоупотребляющих ПАВ.
65. Медицинское освидетельствование для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения.
66. Лабораторная диагностика острого и хронического употребления психоактивных веществ.
67. Дифференциальный диагноз психотических расстройств при передозировке ПАВ и других состояниях.
68. Основы клинической психофармакологии.
69. Закон ПМР «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».
70. Закон «Об охране здоровья граждан».
71. Закон ПМР «Об обращениях граждан».
72. Постановление ВС ПМР «О социальной реабилитации больных хроническим алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией».
73. Приказ МЗ ПМР 695 от 12.08.2020 «Об утверждении «Правил госпитализации в ЛПУ. Об утверждении Правил приема пациентов в государственных лечебно-профилактических учреждениях стационарного типа».
74. Приказ МЗ ПМР № 1051 от 14.12.2022г. «Об утверждении Классификации и критериев, используемых при осуществлении врачебной экспертизы жизнеспособности граждан Приднестровской Молдавской Республики государственным учреждением «Республиканским консилиумом врачебной экспертизы жизнеспособности» и его филиалами».
75. Приказ МЗ и СЗ ПМР №541 от 06.11.2009 «Об организации экспертизы временной нетрудоспособности».

ПАТОЛОГИЯ

1. Основные понятия нозологии. Болезнь как нарушение гомеостаза.
2. Номенклатура и классификация болезней.
3. Общая этиология. Общий патогенез. Причинно-следственные взаимоотношения в патогенезе.
4. Венозная гиперемия. Причины, механизмы, последствия.
5. ДВС - синдром. Стадии. Патогенез.
6. Экссудация. Механизмы развития. Значение.
7. Фагоцитоз при воспалении. Причины эмиграции лейкоцитов в очаг воспаления. Механизмы фагоцитарной деятельности лейкоцитов.
8. Понятие об иммунном гомеостазе, механизмы гуморального и клеточного иммунитета.
9. Опухоли. Определение сущности опухолевого роста. Этиология опухолей. Современные теории опухолевого роста. Современная классификация опухолей. Принципы ее построения. Вторичные изменения в опухолях.
10. Доброкачественные, злокачественные и опухоли с местным деструирующим ростом. Критерии злокачественности. Понятие о рецидиве.

ПЕДАГОГИКА

1. Определите место педагогики в системе современного человекознания.
2. Назовите способы структурирования содержания образования и проиллюстрируйте их на примере.
3. Дайте характеристику законодательным актам в сфере образования.
4. Какие документы составляют нормативную основу образования?
5. Что означает понятие «обучение»? Как ваше собственное понимание этого понятия соотносится с его научной трактовкой?
6. В чем обнаруживается сходство и различие процессов обучения и лечения как древнейших видов гуманитарной практики?
7. Какие типы и виды обучения оптимальны на доклиническом и клиническом этапах медицинского образования?
8. В чем суть поэтапного формирования знаний и умений? Пояснить на примерах.
9. Какие требования к выбору форм организации познавательной деятельности обучаемых на учебном занятии существуют в дидактике?
10. Что лежит в основе классификации форм организации познавательной деятельности? Как связаны между собой формы организации познавательной деятельности и цели обучения?
11. От чего зависит выбор форм организации познавательной деятельности к конкретному занятию?
12. Какие формы обучения наиболее рационально использовать на разных этапах обучения в медицинском вузе и при обучении разных категорий обучаемых (медицинский персонал, пациенты, их родственники)?

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ТУБЕРКУЛЕЗ

1. Этиология, патогенез и патоморфология туберкулеза. Основные эпидемиологические показатели туберкулеза.
2. Клиническая классификация туберкулеза по МКБ-10. Алгоритм диагностики туберкулеза.
3. Основные симптомы и синдромы легочного и внелегочного туберкулеза. Понятие об остропрогрессирующих формах туберкулеза в практике врача-невролога, психиатра, нарколога: туберкулезный менингит, генерализованный милиарный туберкулез, «скоротечная чахотка».
4. Туберкулез в сочетании с другими заболеваниями: ВИЧ-инфекция, хронический алкоголизм, наркомания, сахарный диабет и др. Трудности диагностики.
5. Профилактика туберкулеза: социальная, санитарная, специфическая. Группы риска по заболеванию туберкулезом.

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. Медицинское право, как отрасль права.
2. Источники медицинского права.
3. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья.
4. Права и обязанности медицинских работников.
5. Понятие и виды медико-социальной помощи.
6. Особенности медицинской услуги
7. Особенности регулирования труда медицинских работников
8. Правонарушение и юридическая ответственность
9. Гражданско-правовая ответственность субъектов предоставления и оказания медико-социальной помощи.
10. Дисциплинарная ответственность медицинских работников.
11. Административная ответственность должностных лиц.
12. Уголовная ответственность медицинских работников.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

1. Дайте определение науки «Общественное здоровье и здравоохранение». Задачи общественного здоровья и здравоохранения. Объект изучения общественного здоровья и здравоохранения.
2. Какие методы используют при изучении общественного здоровья и здравоохранения?
3. Назовите главные критерии оценки эффективности системы здравоохранения.
4. Назовите базовые функции системы здравоохранения.
5. Дайте определения фактора риска. Перечислите факторы риска и кратко охарактеризуйте.
6. Дайте определение медицинской демографии и перечислите ее основные разделы.

7. Перечислите известные Вам исторически сложившиеся на этапах развития названия предмета Общественное здоровье и здравоохранение. С чем связано существование большого числа названий предмета?

8. Воспроизводство населения (естественное движение населения).
Общие и специальные показатели, методика расчета, анализ и оценка
9.Миграция населения: внешняя, внутренняя (урбанизация,
сезонная). Факторы, ее определяющие. Влияние миграции на здоровье населения
10. Естественный прирост населения, факторы на него влияющие.
Противоестественная убыль населения.
11. Дайте определения “заболеваемость”, распространенность болезней”,
патологическая пораженность”
12.От чего зависит полнота учета заболеваемости?

Министерство здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики
Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Медицинский факультет
Центр медицинского послевузовского образования

УТВЕРЖДАЮ
Министр здравоохранения ПМР
_____ К.В.Албул
«_4_» ____01____ 2024 г.

СОГЛАСОВАНО
Ученым советом факультета
протокол № 5
от «29» ____12____ 2023 г.
Председатель
Ученого совета факультета
_____ Г.Н.Самко

ПРОГРАММА
ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ

образовательной программы послевузовского профессионального образования- программы ординатуры

Специальность **31.08.09 РЕНТГЕНОЛОГИЯ**

Квалификация выпускника: врач – рентгенолог
Трудоемкость: 108 часов-3з.е.
Сроки проведения: 24.06.24. - 6.07.24

Тирасполь, 2023

Программа итоговой государственной аттестации образовательной программы послевузовского профессионального образования- программы ординатуры по специальности 31.08.09 Рентгенология разработана в соответствии с Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования-ординатуры по специальности 31.08.09 Рентгенология (утвержденным Приказом Министерства Просвещения Приднестровской Молдавской Республики № 662 от 28.07.2021г. «Об утверждении и введении в действие Государственного образовательного стандарта послевузовского профессионального образования - ординатуры)

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании кафедры Терапии с циклом фтизиатрии протокол № 4 от «28» ноября 2023 г.
Заведующий кафедрой Терапии с циклом фтизиатрии _____ Лосева Н.Г.

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УМК факультета

«12» декабря 2023 г. (протокол № 4)

Председатель УМК _____ А.В. Васильчук

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УС факультета

«29» декабря 2023 г. (протокол № 5)

Председатель УС _____ Г.Н. Самко

Программу составили:

Ассистент _____ Дарий Ю.И.

Ассистент _____ Стамов О.П.

Содержание

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.
2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры
3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации.
4. Форма и структура итоговой государственной аттестации.
4.1 Форма итоговой государственной аттестации.
4.2 Трудоёмкость итоговой государственной аттестации.
4.3 Структура итоговой государственной аттестации.
5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.
6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации.
6.1 Критерии оценки результатов тестирования
6.2 Критерии оценки практических навыков и умений.
6.3 Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.
7. Содержание государственного экзамена.
7.1 Тестирование
7.2 Практические навыки.
7.3. Устное собеседование
8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

Приложения

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.

Цель - определение соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры требованиям Государственному образовательному стандарту послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.09 «Рентгенология».

Задачи:

— установление уровня подготовки выпускника к выполнению профессиональных задач (оценка степени сформированности всех компетенций, предусмотренных Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.09 «Рентгенология», характеризующих готовность выпускников к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации - врач - рентгенолог).

— принятие решения о выдаче обучающемуся, успешно прошедшему итоговую государственную аттестацию по программе ординатуры, диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации.

2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры

Итоговая государственная аттестация относится к базовой части программы - Блок 3. итоговая государственная аттестация и завершает процесс освоения имеющих государственную аккредитацию образовательных программ ординатуры.

Итоговая государственная аттестация образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.09 «Рентгенология» завершается присвоением квалификации " врач - рентгенолог".

3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путём обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- физические лица женского пола (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку готовности выпускников, освоивших программу ординатуры, к следующим видам профессиональной деятельности:

— профилактическая;
— диагностическая;
— лечебная;
— реабилитационная;
— психолого-педагогическая;
— организационно-управленческая.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

а) готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу - УК1;

б) готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия - УК2;

в) готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование - УК3.

Профессиональные компетенции (ПК):

а) профилактическая деятельность:

1) готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания - ПК1;

2) готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными - ПК2;

3) готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях - ПК3;

4) готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медикостатистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков - ПК4;

б) диагностическая деятельность:

1) готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - ПК5;

2) готовность к применению методов лучевой диагностики и интерпретации их результатов - ПК6;

в) психолого-педагогическая деятельность - готовностью к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих – ПК7;

г) организационно-управленческая деятельность:

1) готовностью к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях – ПК8;

1) готовностью к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей – ПК9.

4.Форма и структура итоговой государственной аттестации

4.1.Форма итоговой государственной аттестации

Итоговая государственная аттестация обучающихся по образовательной программе ординатуры 31.08.09 «Рентгенология» проводится в форме государственного экзамена.

4.2.Трудоёмкость итоговой государственной аттестации

Объем итоговой государственной аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) - сдачу государственного экзамена.

4.3.Структура итоговой государственной аттестации

В Блок 3 " Итоговая Государственная аттестация" входят подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена. Перед государственным экзаменом по специальности для ординаторов проводятся предэкзаменационные консультации по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в три этапа:

1 этап - тестирование, проводится для получения сертификата специалиста, имеет целью определить готовность специалиста к самостоятельной профессиональной (медицинской) деятельности (согласно Приказу Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 31.05.2022г №477 «Об утверждении Порядка приема граждан на обучение по образовательным программам послевузовского профессионального образования – программам ординатуры, а также Порядка реализации образовательных программ послевузовского профессионального образования – программ ординатуры» (регистрационный № 11145 от 15 июля 2022 года) (САЗ 22-27)). Во время тестирования обучающийся выбирает правильный(е) ответ(ы) из предложенных нескольких вариантов ответов. Каждый обучающийся отвечает на 100 тестовых вопросов, на решение которых отводится 120 минут(2 астрономических часа).

2 этап - оценка практических навыков и умений - состоит из демонстрации практических навыков и умений, приобретенных в результате освоения программы ординатуры.

3 этап – устный экзамен по дисциплине Акушерство и гинекология с целью определения сформированности профессиональных компетенций выпускника, профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения. Каждый билет состоит из пяти теоретических вопросов, в процессе проведения государственного экзамена обучающемуся могут быть заданы уточняющие или дополнительные вопросы в рамках билета. На подготовку к ИГА ординатору выделяется 2 недели. После выбора билета ординатор готовится к ответу 30 минут, отвечает согласно регламенту 20 минут. По решению комиссии обучающийся может быть освобожден от необходимости полного ответа на вопрос билета, уточняющий или дополнительный вопрос.

Этапы государственного экзамена	Компетенции, которые оцениваются в ходе этапа
1 этап - в форме тестирование	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7 ПК-8, ПК-9.
2 этап - оценка практических навыков и умений	
3 этап – устный экзамен по дисциплине	

5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.

Проведение ИГА определяется календарным учебным графиком, выполнением индивидуального плана ординатора и расписанием ИГА.

Перед итоговой государственной аттестацией обучающиеся должны ознакомиться с программой ИГА. Подготовка к государственному экзамену может проводиться в формах, как устного повторения пройденных дисциплин (с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д.), так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для

подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.

6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации. Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

6.1. **Критерии оценки результатов тестирования**

Подведение **итогов 1 этапа в форме тестирования. Результат решения тестов оценивается по ятибалльной системе:**

- 49% и менее правильных ответов - «неудовлетворительно»;
- 50% - 70% - «удовлетворительно»;
- 71% - 84% - «хорошо»;
- 85% - 100% - «отлично».

6.2. Критерии оценки практических навыков и умений

Результаты 2 этапа определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол ИГА. Обучающиеся, получившие оценку «неудовлетворительно» к 3 этапу государственного экзамена не допускается, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений;

- «хорошо» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет;

- «удовлетворительно» - обучающийся обладает удовлетворительными теоретическими знаниями - знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний - не знает методики выполнения, практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и т.д.; и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

6.3. Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.

Результаты 3 этапа государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «хорошо» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «удовлетворительно» - обучающийся показывает частичное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, ориентирован в заболевании, но не

может поставить диагноз с учетом принятой классификации. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций, демонстрируя поверхностное знание предмета;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не показывает освоение планируемых результатов обучения по пройденным темам, не может сформулировать диагноз или неправильно его ставит. Не может правильно ответить на большинство дополнительных вопросов, характеризующих уровень освоения необходимых компетенций.

7. Содержание государственного экзамена

7.1.Тестировние: Приложение 1
7.2.Практические навыки: Прилодение 2
7.3 Устное собеседование Приложение 3

8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

Основная литература:

1. Королюк, И. П. Лучевая диагностика [Текст] : [учеб. для вузов] / И. П. Королюк, Л. Д. Линденбратен. – 3-е изд., перераб и доп. – Москва : БИНОМ, 2015. – 492 с. : ил. – (Учебная литература для студентов медицинских вузов).
2. Лучевая диагностика [Текст] : [учеб. для мед. вузов]. Т. 1 / [Р. М. Акиев, А. Г. Атаев, С. С. Багненко и др.] ; под ред. Г. Е. Труфанова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 416 с. : [16] л. ил., ил. – Авт. указ. на с. 3. – Загл. 2 т. : Лучевая терапия.
3. Лучевая диагностика [Электронный ресурс] : [учеб. для высш. проф. образования] / [Г. Е. Труфанов и др.] ; под ред. Г. Е. Труфанова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 496 с. : ил. – URL : http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
4. Труфанов Г. Е. Лучевая терапия [Текст] : [учеб. для мед. вузов]. Т. 2 / Г. Е. Труфанов, М. А. Асатурян, Г. М. Жаринов. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 187 с. : [3] л. Ил.,ил. – Библиогр. : с. 186-187. – Загл. 1 т. : Лучевая диагностика.
5. Лучевая терапия [Электронный ресурс] : [учеб. для высш. проф. Образования] / [Г. Е. Труфанов, М. А. Асатурян, Г. М. Жариков, В. Н. Малаховский] ; под ред. Г. Е. Труфанова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 208 с. : ил. – URL : http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
6. Прокоп, М. Спиральная и многослойная компьютерная томография [Текст] : [учеб. пособие для послевуз. образования врачей] : в 2 т. / М. Прокоп, М. Галански ; [пер. с англ. Ш. Ш. Шотемор ; пер с англ. под общ. ред. А. В. Зубарева, Ш. Ш. Шотемора]. - 3-е изд. - Москва :МЕДпресс-информ, 2011. - Пер. изд.: SpiralandMulyisliceComputer Tomography of the Body / M. Prokop, M. Galanski (Stuttgart, New York :Thieme). Т. 1. - 2011.
7. Прокоп, М. Спиральная и многослойная компьютерная томография [Текст] : [учеб. пособие для послевуз. образования врачей] : в 2 т. / М. Прокоп, М. Галански ; [пер с англ. : Ш. Ш. Шотемор ; под общ. ред. А. В. Зубарева, Ш. Ш. Шотемора]. - 3-е изд. - Москва :МЕДпресс-информ, 2011. - Пер. изд.: Spiral and Mulyislice Computer Tomography of the Body / M. Prokop, M. Galanski (Stuttgart, New York :Thieme). Т. 2. - 2011.
8. Ланге, С. Лучевая диагностика заболеваний органов грудной клетки [Текст] : руководство : атлас : 1118 ил., 35 табл. / С. Ланге, Д. Уолш ; пер с англ. под ред. С. К. Тернового, А. И. Шехтера. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015.
9. Бургенер, Ф. А. Лучевая диагностика заболеваний костей и суставов [Текст] : руководство : атлас : более 1000 рентгенограмм / Ф. А. Бургенер, М. Кормано, Т. Пудас ; пер. с англ. под ред. С. К. Тернового, А. И. Шехтера. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. -

Пер. изд.: Bone and joint disorders differential diagnosis in conventional radiology / F. A. Burgener
et al. - 2nd rev. ed. - Stuttgart ; New York : Thieme.
10. Хостен, Н. Компьютерная томография головы и позвоночника [Текст] / Т. Либиг, Н. Хостен ; [пер. с. нем. Ш. Ш. Шотемора] ; под общ. ред. Ш. Ш. Шотемора. - 2-е изд. - Москва :МЕДпресс-информ, 2013. - 575 с. : ил. - Пер. изд.: Computertomographievon Kopf und Wirbelsaule / N. Hosten, T. Liebig ;unterMitarbeit von M. Kirsch et all. (Stuttgart, NewYork, ThiemeVerl.).

Дополнительная литература:

1. Основы лучевой диагностики и терапии [Электронный ресурс] : [нац. рук.] / [Абдураимов А. Б. и др.] ; гл. ред. сер. и тома С. К. Терновой. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 996 с. : ил. – URL : http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
2. Терновой, С. К. Лучевая диагностика и терапия : [учебник для вузов] / С. К. Терновой, В. Е. Синицын. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 300 с.
3. Васильев, А. Ю. Лучевая диагностика [Текст] : [учеб. для педиатр. вузов и фак.] / А. Ю. Васильев, Е. Б. Ольхова. - 2-е изд. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009.
4. Морозов, С. П. Мультиспиральная компьютерная томография : [учебное пособие для системы послевуз. проф. образования врачей] / С. П. Морозов, И. Ю. Насникова, В. Е. Синицын ; под ред. С. К. Тернового. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 108 с. : [8] л. ил. : ил. - (Библиотека врача-специалиста) (Лучевая диагностика).
5. Рентгеновская компьютерная томография : руководство для врачей : [учебное пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей] / под ред. Г. Е. Труфанова, С. Д. Рудя ; [К. Н. Алексеев, А. Г. Атаев, М. А. Аш-Шавах и др. ; Военно-медицинская академия ; Кафедра рентгенологии и радиологии]. - Санкт-Петербург : ФОЛИАНТ, 2008. - 1195 с
6. Уэстбрук К. Магнитно-резонансная томография [Электронный ресурс] :справочник : пер. с англ. / К. Уэстбрук.–2-е изд. (эл.). – Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2015.– 451 с. - URL : http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
7. Уэстбрук К. Магнитно-резонансная томография [Электронный ресурс] :практ. рук. : пер. с англ. / К. Уэстбрук, Р. К. Каут, Дж. Тэлбот. – 2-е изд. (эл.). – Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2013. – 449 с. - URL : http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
8. Синицын, В. Е. Магнитно-резонансная томография [Электронный ресурс] : учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей / В. Е. Синицын, Д. В. Устюжанин. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 204 с.
9. Байбаков С. Е. Атлас нормальной анатомии магнитно-резонансной и компьютерной томографии головного мозга [Электронный ресурс] : учеб. пособие / С. Е. Байбаков, Е. А. Власов. – Санкт-Петербург :СпецЛит, 2015. – 244 с. : ил. – URL :http://e.lanbook.com.
10. Стрэнг, Д. Г. Секреты компьютерной томографии [Текст] : Грудная клетка. Живот. Таз / Д. Г. Стрэнг, В. Догра ; пер. с англ. [И. В. Фолитар] ; под ред. И. И. Семенова.- Москва : БИНОМ : Диалект, 2015.
11. Компьютерная томография в неотложной медицине [Электронный ресурс] / под ред. С. Мирсадре [и др.] ; пер. с англ. О. В. Усковой, О. А. Эттингер. – 2-е изд. (эл.). – Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2012. – (Неотложная медицина). - URL :http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
12. Юдин, А. Л. Торакоабдоминальная компьютерная томография. Образы и симптомы [Текст] : [учебное пособие] / РНИМУ им. Н. И. Пирогова. - Москва : РНИМУ, 2012. - 103 с.
13. Зиц В. Р. Клинико-рентгенологическая диагностика болезней органов дыхания : общая врачебная практика [Электронный ресурс] / В. Р. Зиц, С. В. Зиц. – Москва : Логосфера, 2009. – 147 с. – URL : http://books-up.ru.
14. Ройтберг, Г. Е. Внутренние болезни [Текст] : лаб. и инструмент. диагностика :

[учеб. пособие для системы послевуз. образования врачей] / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва :МЕДпресс-информ, 2011.
15. Беленков, Ю. Н. Функциональная диагностика сердечно-сосудистых заболеваний / Ю. Н. Беленков, С. К. Терновой. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007.
16. Комбинированное лечение рака желудка с пред- и интраоперационным облучением / Б. А. Бердов, В. Ю. Скоропад, А. Ф. Цыб и др. - Москва : Медицина, 2009. - 254 с.
17. Реуцкий, И. А. Диагностика ревматических заболеваний [Текст] : рук. для врачей. - Москва : МИА, 2011.
18. Злокачественные опухоли костей [Текст] : [руководство] / под ред. М. Д. Алиева. - Москва : Изд. гр. РОНЦ, 2008. - 405 с.
19. Лучевая диагностика и терапия в акушерстве и гинекологии [Текст] : нац. рук. / [А. Б. Абдураимов, Л. В. Адамян, Т. П. Березовская и др.] ; гл. ред. : Л. В. Адамян и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012.
20. Диагностика и лечение острого панкреатита [Текст] / А. С. Ермолов, П. А. Иванов, Д. А. Благовестнов и др. - Москва :Видар-М, 2013. - 382 с.
21. Лицевая и головная боль [Текст] : клинико-лучев. диагностика и хирург. лечение / В. В. Щедренок, Н. В. Топольскова, Т. В. Захматова и др. ; под ред. В. В. Щедренка. - Санкт-Петербург : Изд-во Ленингр. обл. ин-та развития образования, 2013.
22. Васильев, А. Ю. Ультразвуковая диагностика в детской практике : учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей / А. Ю. Васильев, Е. Б. Ольхова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007.
23. Зеликман, М.И**.** Цифровые системы в медицинской рентгенодиагностике / М.И. Зеликман. - М. : Медицина, 2007.
24. Каплунова, О. А. Малый атлас рентгеноанатомии [Текст] : [учеб. пособие для мед. вузов] / О. А. Каплунова, А. А. Швырев, А. В. Кондрашев. - Ростов на Дону : Феникс, 2012.
25. Лучевая диагностика в стоматологии : учеб. пособие для студентов, обучающихся по спец. "Стоматология" / А. Ю. Васильев и др. - 2-е изд., доп. и перераб. - М. :ГЭОТАР-Медиа, 2010.
26. Лучевая диагностика в стоматологии [Электронный ресурс] : [учеб. пособие] / [А. Ю. Васильев и др.] ; под ред. А. Ю. Васильева. – 2-е изд., доп. и перераб. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 361 с. : ил. - URL : http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.

Приложение 1

1. Малый фокус рентгеновской трубки считается фокус размером

а) 0,4 х 0,4 мм
б) 1 х 1мм
в) 2 х 2 мм
г) 4 х 4 мм

2. Наиболее удачное сочетание физико-технических условий рентгенографии с точки зрения уменьшения дозы облучения пациента :

а) увеличение силы тока, уменьшение напряжения, уменьшение поля облучения, уменьшение КФР
б) увеличение силы тока, уменьшение напряжения, увеличение поля облучения, увеличение КФР
в) уменьшение силы тока, увеличение напряжения, уменьшение поля облучения, уменьшение КФР
г) уменьшение силы тока, увеличение напряжения, уменьшение поля облучения, увеличение КФР

3. Отсеивающая решетка включает в себя:

а) кассетодержатель вместе с неподвижным растром
б) мелкоструктурный растр
в) растр с приводом и кассетодержателем
г) наложенные друг на друга перекрещивающиеся растры

4. Наименьшую разрешающую способность обеспечивают:

а) экраны для рентгеноскопии
б) усиливающие экраны для рентгенографии
в) усилители яркости рентгеновского изображения
г) безэкранная рентгенография

5. Цель применения свинцовых диафрагм в рентгеновском излучателе

а) укорочение времени экспозиции
б) формирование поля облучения
в) уменьшение времени проявления
г) фильтрация мягкого излучения

6. Наибольшую лучевую нагрузку дает

а) рентгенография
б) флюорография
в) рентгеноскопия с люминесцентным экраном (прямая рентгеноскопия)
г) рентгеноскопия с УРИ

7. Чувствительность рентгеновских экранных пленок не зависит

а) от условий фотообработки
б) от типа применяемых экранов
в) от длительности и условий хранения
г) от времени экспозиции

8. Для искусственного контрастирования в рентгенологии применяются

а) сульфат бария
б) йод содержащие соединения
в) газы (кислород, закись азота, углекислый газ)
г) все перечисленное

9. Показания индивидуального рентгеновского дозиметра зависят

а) от мощности излучения
б) от жесткости излучения
в) от продолжительности облучения
г) все ответы правильны

10. Использование отсеивающего растра приводит

а) к уменьшению воздействия вторичного излучения и улучшению контрастности и разрешения
б) к уменьшению влияния вторичного излучения при снижении контраста снимка
в) к получению снимка большей плотности и контраста
г) к снижению вторичного излучения при том же контрасте снимка

11. При увеличении расстояния фокус-объект в два раза интенсивность облучения

а) увеличивается в 2 раза
б) уменьшается на 50%
в) уменьшается в 4 раза
г) не изменяется

12. Направление центрального луча при укладке больного для прямого заднего снимка коленного сустава:

а) перпендикулярно на центр кассеты
б) через центр сустава
в) на подколенник

13. Чтобы заметить небольшие слабоконтрастные тени можно:
а) максимально увеличить освещённость рентгенограммы
б) использовать источник света малой яркости
в) использовать яркий точечный источник света
г) диафрагмировать изображение

14. Размер фокусного пятна рентгеновской трубки:

а) 1 на 1 мм
б) 10 на 10 мм
в) диаметром 132 мм

15. Все следующие характеристики снимка связаны с условиями фотообработки, кроме:

а) контрастности
б) разрешения
в) размера изображения
г) плотности почернения

16. Какой метод лучевой диагностики служит для раннего выявления туберкулеза легких?

а) Компьютерная томография
б) Рентгенография
в) Рентгеноскопия
г) Флюорография

17. В каком возрасте чаще всего происходит заболевание первичным туберкулезом легких?

а) 10-13 лет
б) 1-5 лет
в) 19-22 года
г) 6-9 лет

18. Какие признаки наиболее характерны для доброкачественных опухолей легких?

а) Распад в толще опухолей;
б) Реакция плевры;
в) Шаровидная форма с четкими контурами;
г) Увеличение бронхо-легочных лимфатических узлов.

19. Вы подозреваете, что тень на рентгенограмме неоднородная. Какой метод лучевой диагностики с большой точностью позволяет подтвердить или отвергнуть ваше предположение?

а) Бронхография
б) Томография
в) Ангиография
г) Компьютерная томография

20. Какие рентгенологические стадии развития процесса
наблюдаются при очаговых пневмониях?

а) В отличие от крупозной пневмонии наблюдаются только стадии прилива и разрешения;
б) Отчетливо определяется только стадия опеченения;
в) Такие же как при крупозной пневмонии, только стадии значительно укорочены по времени;
г) Стадийности не наблюдается.

21. Для каких заболеваний характерны множественные размером от 1 до 3 см круглые с четкими контурами однородные тени в обоих легких?
а) Туберкулез
б) Пневмония
в) Пневмокониоз
г) Множественные метастазы.

22. Какая форма рака легкого встречается чаще?

а) Центральная
б) Периферическая
в) Медиастинальная
г) С одинаковой частотой.

23. Сколько грудных позвонков дифференцируются на нормальной по качеству рентгенограмме органов грудной клетки?

а) Видны все грудные позвонки
б) Видны только VI-VII шейные позвонки
в) Определяются грудные позвонки с I по IX
г) Видны первые III-IV грудные позвонки

24. При каком заболевании определяется симптом «дорожки» к корню легкого?

а) Киста легкого
б) Периферический рак легкого
в) Осумкованный плеврит
г) Доброкачественная опухоль

25. КТ-картина солитарной полости в паренхиме легкого

а) Туберкулезная каверна
б) Фиброзирующий альвеолит
в) Гидроторакс
г) Гематома

26. КТ-картина периферического образования легких, связанное с плеврой, корнем, легкого, сегментарным бронхом, перифокальной инфильтрацией паренхимы наиболее характерна для:

а) Периферического рака
б) Центрального рака
в) Очаговой пневмонией
г) Лучевого фиброза

27. Характерный КТ-признак дренированного острого абсцесса легких

а) горизонтальный уровень жидкости
б) наличие «секвестра»
в) наличие «дорожки» к корню
г) изменение формы

28. В дифференциальной диагностике периферического рака легкого и шаровидного доброкачественного образования наиболее характерные КТ-признаки

а) величина образования
б) характер контуров
в) отсутствие известковых включений
г) наличие полости распада

29. На КТ сканах органов грудной клетки у больной Н., 52 года определяется высокой интенсивности затемнения во всех легочных полях, округлой формы, с нечеткими контурами, с наличием полостей распада некоторые из них содержат жидкость. Ваше заключение:

а) крупозная пневмония
б) диссеминированный туберкулез
в) стафилококковая пневмония
г) очаговая пневмония

30. Больной И., 60 лет на КТ сканах органов грудной клетки в правом корне определяется дополнительная тень 4,0 х 5,0см высокой плотности, с лучистыми контурами, неправильной овальной формы, однородной структуры. Гиповентиляция правого легкого. Это характерно для:

а) ателектаз
б) периферический рак
в) центральный рак со смешанным типом роста
г) центральный рак с эндобронхиальным типом роста

31.Для митрального стеноза характерны нарушения гемодинамики в малом круге кровообращения
а) гиповолемия
б) гиперволемия
в) сочетание артериальной гипертензии и венозного застоя
г) нормальный кровоток

32. Появление субплеврального наличия жидкости характерно
а) для венозного застоя
б) для гиперволемии
в) для артериальной гипертензии
г) для гиповолемии

33.Отсутствие "талии" сердца наблюдается
а) при открытом артериальном протоке
б) при изолированном клапанном стенозе легочной артерии
в) при коарктации аорты
г) при тетраде Фалло

34.Обеднение сосудистого рисунка легких характерно
а) для недостаточности митрального клапана
б) для тетрады Фалло
в) для дефекта межжелудочковой перегородки
г) для открытого артериального протока

35.Узуры ребер характерны
а) для праволежащей аорты
б) для двойной дуги аорты
в) для коарктации аорты
г) для стеноза устья аорты

36.Обязательным увеличением левого предсердия сопровождается

а) коарктация аорты
б) триада Фалло
в) митральный стеноз
г) аневризма аорты

37.Аортальная форма сердца наблюдается
а) при митральном стенозе
б) при трикуспидальном стенозе
в) при митральной недостаточности
г) при стенозе устья аорты

38. "Легочное сердце" является осложнением
а) гипертонической болезни
б) гипертиреоза
в) миокардита
г) хронической пневмонии

39. Гемосидероз, как осложнение, встречается
а) при стенозе легочной артерии
б) при "легочном" сердце
в) при митральном стенозе
г) при дефекте межпредсердной перегородки

40. Линии Керли могут определяться
а) при коарктации аорты
б) при дефекте межпредсердной перегородки
в) при митральном стенозе
г) при аномалии Эбштейна

41. Симптом "ампутации" корней легких может наблюдаться
а) при стенозе устья аорты
б) при недостаточности аортального клапана
в) при митральном стенозе с высокой легочной гипертензией
г) при коарктации аорты

42. Правый желудочек в норме не является краеобразующим
а) в прямой проекции
б) в правой косой проекции
в) в левой косой проекции
г) в левой боковой проекции

43. Симптом "перекрестка" в левой косой проекции по переднему контуру между дополнительной тенью левого предсердия и правым отделом может иметь место
а) при сдавливающем перикардите
б) при целомической кисте перикардита
в) при постинфарктной аневризме левого желудочка
г) при митральной недостаточности

44. В прямой проекции увеличенный правый желудочек может выходить на левый контур сердца
а) при гипертонической болезни
б) при коарктации аорты
в) при тетраде Фалло
г) при сдавливающем перикардите

45. Положение сердечной тени следует считать нормальным, когда угол наклона составляет
а) 30°-42°
б) 43°-48°
в) 49°-60°
г) 61°-70°

46. Выявить утолщение стенки пищевода можно только
    а) при двойном контрастировании
    б) при тугом заполнении бариевой массой
    в) при пневмомедиастиноскопии
    г) при париетографии

47. Бесконтрастная рентгенография глотки и шейного отдела пищевода в боковой проекции чаще применяется при диагностике
    а) опухолей глотки и пищевода
    б) инородных тел пищевода
    в) опухолей щитовидной железы
    г) нарушений акта глотания

48. Методика Ивановой - Подобед заключается
    а) в исследовании с бариевой пастой
    б) в двойном контрастировании пищевода
    в) в приеме чайной ложки густой бариевой взвеси и последующем смывании ее со стенки пищевода приемом воды
    г) в даче ваты, смоченной бариевой взвесью

49. Одиночная известковой плотности тень неправильной формы до 1 см в правой верхней половине живота, располагающаяся в боковой проекции кпереди от позвоночника, обусловлена
    а) камнем желчного пузыря или общего желчного протока
    б) почечным камнем
    в) обызвествленным лимфоузлом
    г) обызвествлением в головке поджелудочной железы

50. В нормальных условиях продолжительность пассажа головного конца бариевой взвеси по тонкой кишке составляет
    а) 1 ч
    б) 3 ч
    в) 5 ч
    г) 7 ч

51. Ведущим рентгенологическим симптомом атрезии пищевода является
    а) сужение пищевода
    б) наличие слепого мешка
    в) деформация пищевода
    г) расширение пищевода

52. Врожденный мегаколон (болезнь Гиршпрунга) обусловлена
    а) недоразвитием мышечного слоя
    б) избытком ганглионарных клеток в мышечном слое кишки
    в) отсутствием ганглионарных клеток в мышечном слое кишки
    г) сегментарной атрезией кишки

53. Выраженное расширение и удлинение дистальных отделов толстой кишки над участком локального сужения с гладкими контурами и плавными переходами у молодого пациента наблюдаются
    а) при болезни Крона
    б) при туберкулезе
    в) при мегаколоне
    г) при неспецифическом язвенном колите

54. Парадоксальная дисфагия (задержка жидкой пищи) может встретиться
    а) при дивертикуле пищевода
    б) при ожоге пищевода
    в) при эзофагокардиальном раке
    г) при ахалазии кардии

55. При химических ожогах пищевода рубцовое сужение просвета чаще наблюдается
    а) в верхней трети

б) в средней трети
в) в дистальной трети
г) в местах физиологических сужений

56. Стойкое циркулярное сужение средней и нижней третей пищевода протяженностью более 6 см с супрастенотическим расширением и карманоподобным нависанием стенки на границе с сужением - характерные рентгенологические проявления
а) при эндофитном раке
б) при рубцовом сужении после ожога
в) при эзофагоспазме
г) при склерозирующем медиастините

57. Среди доброкачественных опухолей пищевода чаще встречаются
а) аденома
б) папиллома
в) лейомиома
г) фиброма

58. Большая протяженность изменений пищевода в виде множественных дефектов с участками ригидности стенок наиболее характерны
а) для полипов
б) для рака
в) для саркомы
г) для варикозно расширенных вен

59. Дивертикулы пищевода, образующиеся при хроническом медиастените, называются
а) ценкеровскими
б) эпифренальными
в) пульсионными
г) тракционными

60. Пептический эзофагит характеризуется
а) "разлохмаченным" контуром в средней и нижней трети грудного отдела пищевода. Могут наблюдаться изъязвления и дефекты наполнения
б) дефекты имеют вид серпантина, меняют величину и форму в зависимости от положения больного, фазы дыхания наиболее выражены в средней и нижней трети пищевода
в) признаки обычно сочетаются с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы и наблюдаются в нижней трети пищевода

61. Горизонтальный уровень жидкости на фоне средостения не наблюдается при следующих изменениях пищевода
а) дивертикуле
б) варикозном расширении вен
в) врожденном коротком пищеводе
г) ахалазии кардии

62. Наиболее информативной в диагностике линейного перелома костей свода черепа являются
а) обзорные (прямая и боковая) рентгенограммы
б) прицельные касательные рентгенограммы
в) прицельные контактные рентгенограммы
г) прямые томограммы

63. Наиболее информативной для исследования турецкого седла является
а) рентгенограмма черепа в боковой проекции
б) рентгенограмма черепа в затылочной проекции
в) рентгенограмма черепа в лобно-носовой проекции
г) рентгенограмма прицельная в боковой проекции

64. Наиболее достоверным рентгенологическим признаком аденомы гипофиза

является
а) увеличение размеров турецкого седла
б) остеопороз деталей седла
в) повышенная пневматизация основной пазухи
г) понижение пневматизации основной пазухи

65. Чаще всего метастазируют в кости черепа
а) рак желудка
б) злокачественные опухоли скелета
в) рак легкого
г) рак толстой кишки

66. Основным рентгенологическим симптомом миеломной болезни костей свода черепа является
а) трабекулярный рисунок структуры костей
б) множественные округлой формы и различной величины очаги деструкции
в) утолщение костей свода
г) очаги склероза

67. Наиболее частой локализацией остеом черепа является
а) лобная пазуха
б) клетки решетчатого лабиринта
в) затылочная кость
г) верхнечелюстная пазуха

68. Наибольшую информацию о состоянии практически всех придаточных пазух носа дают
а) обзорные рентгенограммы черепа в прямой и боковой проекциях
б) прямая рентгенограмма черепа в лобно-носовой проекции
в) передняя рентгенограмма черепа в носо-подбородочной проекции
г) рентгенограмма черепа в передней подбородочной проекции

69. Оптимальной проекцией для выявления клеток решетчатого лабиринта является
а) обзорная рентгенограмма черепа в боковой проекции
б) косая рентгенограмма лицевого скелета в проекции по Резе
в) косая рентгенограмма черепа в носо-подбородочной проекции
г) обзорная рентгенограмма черепа в аксиальной проекции

70. Основными рентгенологическим симптомом кисты пазухи является
а) полициклические контуры
б) полукруглая гомогенная тень на широком основании
в) округлый дефект пазухи
г) овальной формы пристеночное утолщение

71. Увеличение объема пазухи наблюдается
а) при кисте
б) при гайморите
в) при полипозе
г) при злокачественной опухоли

72. Переломы нижней челюсти и зубов в рентгенологическом изображении проявляются
а) смещением суставных поверхностей
б) несоответствием суставных поверхностей
в) наличием линии просветления
г) склерозом костей челюсти

73. Показаниями для применения ортопантомографии являются
а) заболевания глазницы
б) заболевания уха
в) заболевания челюстей и зубов
г) заболевания лобной пазухи

74. К вариантам нормальной лобной пазухи относят все перечисленные, кроме
    а) отсутствия пазухи
    б) широко развитой пазухи
    в) слабо развитой пазухи
    г) негомогенной сетчатой структуры пазухи

75. Основной методикой выявления инородных тел гортаноглотки считается
    а) контрастное исследование с бариевой взвесью
    б) обзорная рентгеноскопия органов шеи
    в) обзорная рентгенография шеи под контролем экрана
    г) обзорная телерентгенография в боковой проекции
76. Наиболее достоверным рентгенологическим симптомом флегмоны шеи считают
    а) расширение превертебральной клетчатки
    б) симптом "стрелки"
    в) воздух в клетчатке в виде "пузырьков" и "прослоек"
    г) отек надгортанника

77. Сотовое легкое на компьютерных томограммах представляет собой
а. единичные участки субплевральной консолидации
б. воздушные полости, расположенные в несколько рядов в центральных отделах легочной паренхимы
в. воздушные полости, расположенные в один ряд в субплевральных отделах легочной паренхимы

78. Наиболее частой аномалией развития легких является
а. обратное расположение легких
б. добавочная доля непарной вены
в. трахеальный бронх
г. четырехдолевое строение легкого

79. Деформация по типу «трамвайных рельсов» на компьютерных томограммах представляет собой:
а. сужение бронха к периферии
б. отсутствие сужения бронха к периферии
в. мешотчатые бронхоэктазы
г. нормальный ход бронхов

80. Какая причина возникновения легочной секвестрации?
а. хронический воспалительный процесс
б. гипоплазия бронхов
в. гипоплазия легочной артерии
г. наличие дополнительного сосуда, отходящего от аорты

81. Для выявления увеличенных лимфатических узлов средостения наиболее целесообразна
а. рентгенография
б. ультразвуковое исследование
в. компьютерная томография
г. магнитно-резонансная томография

82. Аномалия развития, при которой полностью отсутствуют все элементы легкого на одной стороне, называется
а. гипогенезия легкого
б. аплазия легкого
в. гипоплазия легкого
г. агенезия легкого

83. Бронхолегочные секвестрации - это
а. участки нефункционирующей легочной ткани, которые не связаны с трахеобронхиальным деревом и снабжаются артериальной кровью из большого круга кровообращения
б. участки нефункционирующей легочной ткани, которые связаны с трахеобронхиальным деревом и снабжаются артериальной кровью из большого круга кровообращения
в. участки нефункционирующей легочной ткани, которые не связаны с трахеобронхиальным деревом и снабжаются артериальной кровью из малого круга кровообращения
г. участки функционирующей легочной ткани, которые не связаны с трахеобронхиальным деревом и снабжаются артериальной кровью из большого круга кровообращения

84. Симптом «воздушной ловушки» на компьютерных томограммах наилучшим образом выявляется при исследовании
а. на высоте вдоха
б. на выдохе
в. с внутривенным контрастным усилением
г. в положении пациента на животе

85. КТ-изменением, характерным для лимфомы тонкой кишки, является
а. овальное образование в стенке, покрытое нормальной слизистой оболочкой
б. сегментарное утолщение стенки кишки, концентрически суживающее просвет
в. диффузное утолщение стенок кишки, концентрически суживающее просвет
г. диффузное расширение просвета с истончением мышечной оболочки

86. Характерным компьютерно-томографическим признаком холангита является расширение желчных протоков с наличием в их просвете участков плотности
а. газа
б. жира
в. крови

г. кости

87. Компьютерно-томографическим признаком аппендицита является наличие в ретроцекальном пространстве кольцевидной зоны с
а. включениями газа в просвете
б. тонкими стенками, окруженной жидкостью
в. утолщенной стенкой
г. значениями плотности мягких тканей, окруженной жидкостью

88. Компьютерно-томографическим признаком абсцесса поясничной мышцы является наличие паравертебрального объемного образования_____после контрастирования
а. повышенной плотности с краевым ее усилением
б. пониженной плотности с отсутствием ее реакции
в. пониженной плотности с диффузным ее усилением
г. пониженной плотности с краевым ее усилением

89. Контрастным препаратом, который применяют при КТ- ангиографии почек, является
а. углекислый газ
б. кислород
в. взвесь сульфата бария
г. йодсодержащее вещество

90. При КТ-исследовании определяется слабо васкуляризированное мягкотканное образование, которое инфильтрирует паренхиму и лоханку, распространяется на почечный синус, что может быть проявлением
а. онкоцитомы
б. переходно-клеточного рака
в. ангиомиолипомы
г. кистозной нефромы

91. При КТ характерным признаком абсцесса печени является выявление
а. толстостенного образования, накапливающего контрастный препарат по периферии в виде ободка
б. округлого образования, накапливающего контрастный препарат в виде «глыбок»
в. образования с нечёткими неровными контурами, неравномерно накапливающего контрастный препарат
г. тонкостенного образования, не накапливающего контрастный препарат

92. При компьютерной томографии признаками цирроза печени являются
а. образование неоднородной структуры, блок внутрипечёночных желчных протоков, отсевы в печени
б. образование однородной структуры, с чёткими ровными контурами, жировой гепатоз, увеличение селезёнки
в. увеличение селезенки, выпячивание части двенадцатиперстной кишки около большого дуоденального сосочка, наличие в просвете уровня воздух-жидкость
г. атрофия правой доли и увеличение левой доли, наличие регенераторных узлов, портальная гипертензия, спленомега

93. Почечную колику на экскреторной урограмме можно предположить на основании
а) пиелоэктазии
б) пузырно-мочеточникового рефлюкса
в) оттеснения верхней группы чашечек
г) деформации наружных контуров

94. Почки у здорового человека находятся на уровне
а) 8-10-го грудного позвонка
б) 12-го грудного и 1-2-го поясничного позвонков
в) 1-5-го поясничного позвонков
г) 4-5-го поясничного позвонков

95. В норме верхний полюс правой почки по сравнению с левой располагается ниже
а) на 1-2 см
б) на 3-4 см
в) на 5-6 см
г) на 10 см

96. На обзорной рентгенограмме мочевыводящих путей тень мочевого пузыря
а) выявляется редко

б) выявляется всегда
в) никогда не выявляется
г) отлично выявляется

97. Заключение об "отсутствии функции" почки возможно в случае
а) отсутствия контрастирования чашечек и лоханки
б) отсутствия нефрографической фазы
в) при ретроградной пиелографии
чашечно-лоханочная система не изменена
г) сосудистое русло почки не изменено

98. К наиболее частым заболеваниям почек относятся
а) гломерулонефрит
б) пиелонефрит
в) нефроптоз
г) опухоли

99. Самым характерным симптомом для вторично сморщенной почки является
а) деформация чашечно-лоханочной системы
б) деформация формы почки
в) уменьшение размеров почки
г) слабо выраженная нефрографическая фаза

100. При поликистозе отмечается
а) увеличение размеров почки
б) уменьшение размеров почки
в) размеры не изменены
г) деформация почки

д) увеличение и деформация почки

101. Отсутствие контрастирования верхних мочевых путей
при истинной почечной колике связано
а) с отсутствием экскреторной функции
б) с временным угнетением экскреторной функции
в) с нарушением внутрипочечного кровотока
г) с венозным "полнокровием"

102. О наличии почечной колики
свидетельствуют все перечисленные ниже симптомы, кроме
а) отсутствия нефрографической фазы
б) отсутствия контрастирования мочевых путей
в) позднего появления контрастного вещества в мочевых путях
г) дилатации мочевых путей

103. Наиболее ранним симптомом при туберкулезе почек является
а) папиллит
б) инфильтрат
в) каверна
г) обызвествление в очаге поражения

104. К аномалиям почек и мочевых путей,реже всего осложняемым различными заболеваниями, относятся
а) подковообразная почка
б) дистопия
в) удвоение почки
г) добавочная (третья, четвертая) почка
д) дисплазия

105. При подозрении на гидронефроз наиболее рациональной методикой является
а) обзорная урография
б) экскреторная урография
в) ретроградная пиелография
г) ангиография

д) ультразвуковое исследование

106. Следующее поражение не вызывает увеличения почек
а) амилоидоз
б) пиелонефрит
в) лейкемия
г) поликистоз
д) саркоидоз

107. Соотношение паренхимы и чашечно-лоханочной системы в норме составляет
а) паренхима : ЧЛС - 1:1
б) паренхима : ЧЛС - 2:1
в) паренхима : ЧЛС - 1:2
г) соотношение зависит от варианта строения почки

Приложение 2

1. Приготовление растворов для обработки рентгеновской пленки. Виды обработки рентгеновской пленки.
2. Фокус большой, малый, микрофокус. Способ прямого увеличения изображения.
3. Дозиметрический контроль, величины и единицы (эквивалентная доза, поглощенная доза, экспозиционная доза).
4. Оценка степени облучения пациентов и персонала при рентгенологических исследованиях. Методы индивидуальной защиты.
5. Физико-технические основы методики работы компьютерного томографа.
6. Компьютерная томография, принцип метода.
7. Показания и противопоказания к применению компьютерной томографии.
8. Оценка степени облучения пациентов и персонала при КТ. Методы индивидуальной защиты.
9. Физико-технические основы методики работы МРТ.
10. МРТ, принцип метода.
11. Показания к проведению МРТ позвоночника.
12. Рентгенодиагностика инородных тел глотки и пищевода (методика Земцова, Ивановой).
13. Комплексная лучевая диагностика заболеваний поджелудочной железы.
14. Проба Вальсальвы-Мюллера.
15. Проба Гольцкнехта-Якобсона.
16. Проба Прозорова.
17. Рентгенография верхушек легких по Флейшнеру.
18. Показания к магнитно-резонансному исследованию головного мозга.
19. Принцип послойной линейной томографии и томографии с поперечным размазыванием рентгеновских лучей.
20. Методика и техника рентгенологического исследования пищевода.
21. Лучевые методики исследования носа, носоглотки и околоносовых пазух.
22. Лучевые методики исследования гортани.
23. Методика одномоментного двойного контрастирования желудка, тонкого и толстого кишечника.
24. Алгоритм комплексного лучевого исследования при подозрении на новообразование почек.
25. Алгоритм комплексного лучевого исследования при желудочно-кишечном кровотечении.
26. Алгоритм лучевого исследования при почечной колике.
27. Лучевая диагностика острой интерстициальной, вирусной пневмоний у взрослых и детей.
28. Алгоритм лучевого исследования при подозрении на новообразования органов малого таза.
29. Определение контрастных веществ. Области применения в рентгенологии.
30. Классификация рентгенконтрастных веществ.
31. Методы искусственного контрастирования.
32. Водорастворимые контрастные вещества. Преимущества и недостатки применения.
33. Бариевая взвесь. Преимущества и недостатки применения.
34. Факторы, определяющие безопасность контрастного препарата (осмолярность, вязкость, растворимость). Предварительная проба на чувствительность к йодистым препаратам (перед ангиографическим исследованием).
35. Рентгенологические методики, при использовании которых применяются газообразные контрастные вещества.
36. Виды контрастных препаратов, используемых в ангиографии.
37. Методика ирригоскопии. Подготовка пациента.
38. Методика фистулографии.
39. Методика экскреторной урографии.
40. Методика ретроградной пиелографии.
41. Методика контрастной артрографии.
42. Методика одно/двусторонней бронхографии.
43. Методика рентгенконтрастного исследования желудка.
44. Методика дуоденографии.
45. Методика гистеросальпингографии.
46. Методика миелографии.
47. Сущность методики двойного контрастирования.
48. Принцип метода прямого и непрямого контрастирования.
49. Методы лучевой диагностики головного мозга.
50. Методика контрастирования при исследовании головного мозга.
51. Методы лучевой диагностики органов грудной полости.
52. Методика контрастирования при исследовании органов грудной полости.
53. Методы лучевой диагностики органов брюшной полости

54. Методика контрастирования при исследовании органов брюшной полости и забрюшинного пространства.
55. Методика контрастирования при КТ-ангиографии аорты и ее ветвей.
56. Методика контрастирования при КТ-ангиографии сосудов шеи и головы.
57. Методика контрастирования при КТ-ангиографии сосудов верхних и нижних конечностей.
58. Показания к контрастированию при магнитно-резонансной томографии.
59. Реакции и осложнения после введения контраста. Меры предупреждения системных реакций и осложнений.
60. Первая помощь при анафилактической реакции.
61. Методы исследования мочевыделительной системы.
62. Методы лучевой диагностики органов малого таза.
63. Черепно-мозговая травма – методы лучевой диагностики.
64. Лучевая диагностика дисплазии тазобедренного сустава.
65. Методы лучевой диагностики инородных тел у детей.
66. Методы лучевой диагностики аномалий развития позвоночника. (Спондиолиз, спондилолистез, люмбализация, сакрклизация).
67. Специальные укладки при обследовании патологии пирамиды височных костей.
68. Методика исследования орбит при инородных телах.
69. Рентгенологические методы с функциональными пробами при исследовании позвоночника и стоп.
70. Лучевые методы исследования при мочекаменной болезни.
71. Методы обследования при подозрении на кишечную непроходимость.
72. Методы обследования при подозрении на перфорация полого органа.
73. Лучевые методы исследования грудных желез.
74. Сцинтиграфия как лучевой метод диагностики. Показания, противопоказания, методика исследования.
75. Лучевые методы исследования сердечно-сосудистой системы.

Приложение 3

I. Лучевая диагностика заболеваний органов дыхания и средостения:

1. Пневмоторакс, пневмоперитонеум.
2. Линии Керли. Патологические состояния с появлением линий Керли.
3. Аномалии развития легких .
4. Виды эмфиземы легких.
5. Фиброзирующий альвеолит (синдром Хаммена-Рича).
6. ТЭЛА.
7. Неотложная лучевая диагностика при травме органов грудной полости (пневмоторакс, гидроторакс, эмфизема).
8. Эмфизема средостения.
9. Саркоидоз легких – классификация, основные рентгенологические симптомы, дифференциальная диагностика.
10. Туберкулез легких – классификация, методы лучевой диагностики.
11. Лучевая диагностика при ХОБЛ.
12. Особенности рентгеносемиотики абсцесса и полостной формы рака легкого.
13. Первичный туберкулез легких. Методы лучевой диагностики. Основные принципы дифференциальной диагностики туберкулом и периферического рака легкого.
14. Лучевая диагностика заболеваний и повреждений диафрагмы.
15. Доброкачественные и злокачественные опухоли средостения – преимущественная локализация.
16. Состояния и заболевания, для которых характерно сужение пищевода.
17. Дифференциальная диагностика долевой пневмонии и инфильтративного туберкулеза легких.
18. Изменения пищевода при заболеваниях органов средостения.

II. Лучевая диагностика заболеваний органов пищеварительной системы и органов брюшной полости:

19. Болезнь Менетрие.
20. Синдром Изъязвления в желудке, дифференциальная диагностика.
21. Безоары желудка.
22. Врожденные дивертикулы. Дивертикул Меккеля.
23. Болезнь Крона.
24. Мегаколон. Долихоколон. Долихомегаколон.
25. Избыточная подвижность слепой кишки.
26. Дивертикулез тонкого и толстого кишечника. Рентгенодиагностика. Осложнения.
27. Острый панкреатит. Рентгенодиагностика. Осложнения.
28. Инсуломы.
29. Абсцесс печени. Кисты печени, их осложнения.
30. Опухоли печени – доброкачественные и злокачественные.
31. Синдром Курвуазье.
32. Доброкачественные и злокачественные образования диафрагмы.
33. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.
34. Перфорация полого органа.
35. Кишечная непроходимость – рентгенодиагностика.
36. Дифференциальная лучевая диагностика при синдроме острого живота.

III. Лучевая диагностика заболеваний сердечно-сосудистой системы:

37. Гемодинамика малого и большого кругов кровообращения в норме.
38. Нарушение гемодинамики малого круга кровообращения.
39. Центральная артериальная гипертензия.
40. Центральный венозный застой.
41. Смешанный тип застоя.
42. Отек легких (интерстициальный, альвеолярный).
43. Митральные пороки сердца (стеноз, недостаточность).
44. Сочетание стеноза и недостаточности митрального клапана.
45. Аортальные пороки сердца (стеноз, недостаточность).
46. Сочетание стеноза и недостаточности устья аорты.
47. Коарктация аорты. Открытый артериальный проток.

48. Заболевания перикарда.
49. Аневризма аорты. Синдром Такаясу.

IV. Заболевания опорно-двигательного аппарата:

50. Экзостозная костно-хрящевая дисплазия.
51. Хондроматоз костей (дисхондроплазия).
52. Фиброзная дисплазия.
53. Мраморная болезнь.
54. Острый, подострый остеомиелит. Абсцесс Броди.
55. Туберкулез костей. Туберкулезный спондилит.
56. Дифференциальная диагностика доброкачественных и злокачественных опухолей костей.
57. Метастазы – остеобластические, остеолитические, смешанные.
58. Наиболее часто встречающиеся остеохондропатии.
59. Артриты – туберкулезный, ревматоидный, синдром Рейтера. Рентгенологические стадии.
60. Лучевая диагностика переломов позвоночника. Классификация, осложнения, методы лучевой диагностики.
61. Лучевая диагностика заживления переломов.

V. Лучевая диагностика заболеваний мочеполовых органов, органов малого таза:

62. Аномалии развития почек и МВС.
63. Солитарные кисты, поликистозные почки.
64. Острый и хронический пиелонефрит, туберкулез МВС, паранефрит.
65. Мочекаменная болезнь почек и МВС, гидронефроз, дилатация верхних мочевыделительных путей.
66. Опухоли почек – доброкачественные и злокачественные. Опухоль Вильмса.
67. Гиперплазия и опухоли надпочечников.
68. Воспалительные заболевания, доброкачественные и злокачественные мочевого пузыря.
69. Дифференциальная диагностика узловых образования грудной железы.
70. Лучевая диагностика воспалительных заболеваний грудной железы.

VI. Лучевая диагностика заболеваний головы и шеи:

71. Виды гематом паренхимы и оболочек головного мозга.
72. Ушибы головного мозга – методы лучевой диагностики, классификация, степени.
73. Острые нарушения мозгового кровообращения – классификация, методы лучевой диагностики.
74. Паразитарные и воспалительные заболевания головного мозга. Методы лучевой диагностики.
75. Синдром Клиппеля-Фейля. Аномалия Киммерле.
76. Лучевая диагностика опухолей мозговых оболочек.

VII. Лучевая диагностика в педиатрии:

77. Болезнь Гиршпрунга.
78. Атрезия пищевода. Пилоростеноз.
79. Особенности травм опорно-двигательного аппарата у детей. Лучевая диагностика.
80. Лучевая диагностика саркомы Юинга.

ПАТОЛОГИЯ

1. Основные понятия нозологии. Болезнь как нарушение гомеостаза.
2. Номенклатура и классификация болезней.
3. Общая этиология. Общий патогенез. Причинно-следственные взаимоотношения в патогенезе.
4. Венозная гиперемия. Причины, механизмы, последствия.
5. ДВС - синдром. Стадии. Патогенез.
6. Экссудация. Механизмы развития. Значение.
7. Фагоцитоз при воспалении. Причины эмиграции лейкоцитов в очаг воспаления. Механизмы фагоцитарной деятельности лейкоцитов.
8. Понятие об иммунном гомеостазе, механизмы гуморального и клеточного иммунитета.
9. Опухоли. Определение сущности опухолевого роста. Этиология опухолей. Современные теории опухолевого роста. Современная классификация опухолей. Принципы ее построения. Вторичные изменения в опухолях.
10. Доброкачественные, злокачественные и опухоли с местным деструирующим ростом. Критерии злокачественности. Понятие о рецидиве.

ПЕДАГОГИКА

1. Определите место педагогики в системе современного человекознания.
2. Назовите способы структурирования содержания образования и проиллюстрируйте их на примере.
3. Дайте характеристику законодательным актам в сфере образования.
4. Какие документы составляют нормативную основу образования?
5. Что означает понятие «обучение»? Как ваше собственное понимание этого понятия соотносится с его научной трактовкой?
6. В чем обнаруживается сходство и различие процессов обучения и лечения как древнейших видов гуманитарной практики?
7. Какие типы и виды обучения оптимальны на доклиническом и клиническом этапах медицинского образования?
8. В чем суть поэтапного формирования знаний и умений? Пояснить на примерах.
9. Какие требования к выбору форм организации познавательной деятельности обучаемых на учебном занятии существуют в дидактике?
10. Что лежит в основе классификации форм организации познавательной деятельности? Как связаны между собой формы организации познавательной деятельности и цели обучения?
11. От чего зависит выбор форм организации познавательной деятельности к конкретному занятию?
12. Какие формы обучения наиболее рационально использовать на разных этапах обучения в медицинском вузе и при обучении разных категорий обучаемых (медицинский персонал, пациенты, их родственники)?

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ТУБЕРКУЛЕЗ

1. Этиология, патогенез и патоморфология туберкулеза.
2. Клиническая классификация туберкулеза по МКБ-10. Формулировка диагноза.
3. Выявление и диагностика туберкулеза. Лучевые методы диагностики туберкулеза.
4. Основные рентгенологические синдромы туберкулеза органов дыхания и их дифференциация.
5. Особенности течения туберкулеза на фоне ВИЧ-инфекции. Алгоритм диагностики. Рентгенологические особенности.

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. Медицинское право, как отрасль права.
2. Источники медицинского права.
3. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья.
4. Права и обязанности медицинских работников.

5. Понятие и виды медико-социальной помощи.
6. Особенности медицинской услуги
7. Особенности регулирования труда медицинских работников
8. Правонарушение и юридическая ответственность
9. Гражданско-правовая ответственность субъектов предоставления и оказания медико-социальной помощи.
10. Дисциплинарная ответственность медицинских работников.
11. Административная ответственность должностных лиц.
12. Уголовная ответственность медицинских работников.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

1. Дайте определение науки «Общественное здоровье и здравоохранение». Задачи общественного здоровья и здравоохранения. Объект изучения общественного здоровья и здравоохранения.
2. Какие методы используют при изучении общественного здоровья и здравоохранения?
3. Назовите главные критерии оценки эффективности системы здравоохранения.
4. Назовите базовые функции системы здравоохранения.
5. Дайте определения фактора риска. Перечислите факторы риска и кратко охарактеризуйте.
6. Дайте определение медицинской демографии и перечислите ее основные разделы.

7. Перечислите известные Вам исторически сложившиеся на этапах развития названия предмета Общественное здоровье и здравоохранение. С чем связано существование большого числа названий предмета?

8. Воспроизводство населения (естественное движение населения).
Общие и специальные показатели, методика расчета, анализ и оценка
9.Миграция населения: внешняя, внутренняя (урбанизация,
сезонная). Факторы, ее определяющие. Влияние миграции на здоровье населения
10. Естественный прирост населения, факторы на него влияющие.
Противоестественная убыль населения.
11. Дайте определения “заболеваемость”, распространенность болезней”,
патологическая пораженность”
12.От чего зависит полнота учета заболеваемости?

Министерство здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики
Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Медицинский факультет
Центр медицинского послевузовского образования

УТВЕРЖДАЮ
Министр здравоохранения ПМР
_____К.В.Албул
«_4_»_____01_____2024 г.

СОГЛАСОВАНО
Ученым советом факультета
протокол № 5
от «29» 12 2023г.
Председатель
Ученого совета факультета
_____Г.Н.Самко

ПРОГРАММА
ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ

образовательной программы
высшего образования- программы ординатуры

Специальность **31.08.72 СТОМАТОЛОГИЯ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ**

Квалификация выпускника: врач – стоматолог общей практики
Трудоемкость: 108 часов-3з.е.
Сроки проведения: 24.06.24 - 6.07.24г.

Тирасполь, 2023

Программа итоговой государственной аттестации образовательной программы высшего образования- программы ординатуры по специальности 31.08.72 Стоматология общей практики разработана в соответствии с Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.72 Стоматология общей практики (утвержденным Приказом Министерства Просвещения Приднестровской Молдавской Республики № 713 от 13.08.2021г. «Об утверждении и введении в действие Государственного образовательного стандарта послевузовского профессионального образования - ординатуры)

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании кафедры Хирургии с циклом онкологии протокол №4 от «20» ноября 2023 г.
Заведующий кафедрой Хирургии с циклом онкологии _____ Фомов Г.В.

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УМК факультета

«12» 12 2023 г. (протокол № 4)

Председатель УМК _____ А.В. Васильчук

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УС факультета

«29» 12 2023 г. (протокол № 5)

Председатель УС _____ Г.Н. Самко

Программу составили:

Ассистент _____ Фукс А.П.

Содержание

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.
2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры
3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации.
4. Форма и структура итоговой государственной аттестации.
4.1 Форма итоговой государственной аттестации.
4.2 Трудоёмкость итоговой государственной аттестации.
4.3 Структура итоговой государственной аттестации.
5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.
6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации.
6.1 Критерии оценки результатов тестирования
6.2 Критерии оценки практических навыков и умений.
6.3 Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.
7. Содержание государственного экзамена.
7.1 Тестирование
7.2 Практические навыки.
7.3. Устное собеседование
8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

Приложения

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.

Цель - определение соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры требованиям Государственному образовательному стандарту послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.72 «Стоматология общей практики».

Задачи:

— установление уровня подготовки выпускника к выполнению профессиональных задач (оценка степени сформированности всех компетенций, предусмотренных Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.72 «Стоматология общей практики», характеризующих готовность выпускников к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации - врач – стоматолог общей практики).

— принятие решения о выдаче обучающемуся, успешно прошедшему итоговую государственную аттестацию по программе ординатуры, диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации.

2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры

Итоговая государственная аттестация относится к базовой части программы - Блок 3. итоговая государственная аттестация и завершает процесс освоения имеющих государственную аккредитацию образовательных программ ординатуры.

Итоговая государственная аттестация образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.72 «Стоматология общей практики» завершается присвоением квалификации " врач - акушер-гинеколог".

3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путём обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- физические лица женского пола (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку готовности выпускников, освоивших программу ординатуры, к следующим видам профессиональной деятельности:

— профилактическая;
— диагностическая;
— лечебная;
— реабилитационная;
— психолого-педагогическая;
— организационно-управленческая.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

а) готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу - УК1;

б) готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные,

этнические, конфессиональные и культурные различия - УК2;

в) готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование - УК3.

Профессиональные компетенции (ПК):

а) профилактическая деятельность:

1) готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания - ПК1;

2) готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией - ПК2;

3) готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях - ПК3;

4) готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медикостатистического анализа информации о стоматологической заболеваемости - ПК4;

б) диагностическая деятельность - готовностью к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - ПК5;

в) лечебная деятельность:

1) готовностью к ведению, и лечению пациентов, нуждающихся в оказании стоматологической помощи - ПК6;

2) готовностью к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации - ПК7;

г) реабилитационная деятельность - готовностью к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении - ПК8;

д) психолого-педагогическая деятельность - готовностью к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих - ПК9;

е) организационно-управленческая деятельность:

1) готовностью к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях - ПК10;

готовностью к участию в оценке качества оказания стоматологической помощи с использованием основных медико-статистических показателей - ПК11.

4.Форма и структура итоговой государственной аттестации

4.1.Форма итоговой государственной аттестации

Итоговая государственная аттестация обучающихся по образовательной программе ординатуры 31.08.72 «Стоматология общей практики» проводится в форме государственного

экзамена.

4.2.Трудоёмкость итоговой государственной аттестации

Объем итоговой государственной аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) - сдачу государственного экзамена.

4.3.Структура итоговой государственной аттестации

В Блок 3 " Итоговая Государственная аттестация" входят подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена. Перед государственным экзаменом по специальности для ординаторов проводятся предэкзаменационные консультации по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в три этапа:

1 этап - тестирование, проводится для получения сертификата специалиста, имеет целью определить готовность специалиста к самостоятельной профессиональной (медицинской) деятельности (согласно Приказу Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 31.05.2022г №477 «Об утверждении Порядка приема граждан на обучение по образовательным программам послевузовского профессионального образования – программам ординатуры, а также Порядка реализации образовательных программ послевузовского профессионального образования – программ ординатуры» (регистрационный № 11145 от 15 июля 2022 года) (САЗ 22-27)). Во время тестирования обучающийся выбирает правильный(е) ответ(ы) из предложенных нескольких вариантов ответов. Каждый обучающийся отвечает на 100 тестовых вопросов, на решение которых отводится 120 минут(2 астрономических часа).

2 этап - оценка практических навыков и умений - состоит из демонстрации практических навыков и умений, приобретенных в результате освоения программы ординатуры.

3 этап – устный экзамен по дисциплине Стоматология общей практики с целью определения сформированности профессиональных компетенций выпускника, профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения. Каждый билет состоит из пяти теоретических вопросов, в процессе проведения государственного экзамена обучающемуся могут быть заданы уточняющие или дополнительные вопросы в рамках билета. На подготовку к ИГА ординатору выделяется 2 недели. После выбора билета ординатор готовится к ответу 30 минут, отвечает согласно регламенту 20 минут. По решению комиссии обучающийся может быть освобожден от необходимости полного ответа на вопрос билета, уточняющий или дополнительный вопрос.

Этапы государственного экзамена	Компетенции, которые оцениваются в ходе этапа
1 этап - в форме тестирование	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7 ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11.
2 этап - оценка практических навыков и умений	
3 этап – устный экзамен по дисциплине	

5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.

Проведение ИГА определяется календарным учебным графиком, выполнением индивидуального плана ординатора и расписанием ИГА.

Перед итоговой государственной аттестацией обучающиеся должны ознакомиться с программой ИГА. Подготовка к государственному экзамену может проводиться в формах, как устного повторения пройденных дисциплин (с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д.), так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех

вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.

6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации. Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

6.1. **Критерии оценки результатов тестирования**

Подведение **итогов 1 этапа в форме тестирования. Результат решения тестов оценивается по ятибалльной системе:**

- 49% и менее правильных ответов - «неудовлетворительно»;
- 50% - 70% - «удовлетворительно»;
- 71% - 84% - «хорошо»;
- 85% - 100% - «отлично».

6.2. Критерии оценки практических навыков и умений

Результаты 2 этапа определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол ИГА. Обучающиеся, получившие оценку «неудовлетворительно» к 3 этапу государственного экзамена не допускается, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений;

- «хорошо» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет;

- «удовлетворительно» - обучающийся обладает удовлетворительными теоретическими знаниями - знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний - не знает методики выполнения, практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и т.д.; и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

6.3. Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.

Результаты 3 этапа государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «хорошо» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «удовлетворительно» - обучающийся показывает частичное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз с учетом принятой классификации. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций, демонстрируя поверхностное знание предмета;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не показывает освоение планируемых результатов обучения по пройденным темам, не может сформулировать диагноз или неправильно его ставит. Не может правильно ответить на большинство дополнительных вопросов, характеризующих уровень освоения необходимых компетенций.

7. Содержание государственного экзамена

7.1.Тестировние: Приложение 1
7.2.Практические навыки: Прилодение 2
7.3.Устное собеседование Приложение 3

8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

Основная литература:

1. Максимовский Ю.М., Митронин А.В. Терапевтическая стоматология / М.: Гэотар-Медиа, 2012. – 322 с.
2. Хирургическая стоматология: учебник. Афанасьев В.В. М.: Гэотар- Медиа, 2011
3. История медицины: учебник Ю. П. Лисицын М.: Гэотар- Медиа, 2011
4. Варламов П.Г., Михайлова Р.И. Материаловедение в ортопедической стоматологии. Якутск Издательство СВФУ, 2012
5. Максимовский Ю.М., Митронин А.В. Терапевтическая стоматология / М.: Гэотар-Медиа, 2012. – 322 с.
6. Е.В. Боровский. Терапевтическая стоматология. / Учебник для ВУЗов. Москва. 2011г
7. В.А. Клемин, А.В. Павленко, В.Н. Арендарюк и др.; под. ред. В.А. Клемина. Неотложная помощь в стоматологии / Донецк: Издатель Заславский А.Ю, 2011
8.Афанасьев В.В. Хирургическая стоматология. Практическое руководство / Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011
9.В.А. Клемин, А.В. Павленко, В.Н. Арендарюк и др.; под. ред. В.А. Клемина. Неотложная помощь в стоматологии / Донецк: Издатель Заславский А.Ю, 2011
10. Под ред. И. Ю. Лебеденко, Э. С. Каливраджияна. Учебник Ортопедическая стоматология – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 640 с.: ил.

Дополнительная литература:

1.Терапевтическая стоматология: учебник: в 3 частях. Ч.3. Заболевания слизистой оболочки
. Абдурахманов А.И. Материаловедение и технология в ортопедической стоматологии. М.: Медицина, 2001
2. Трезубов В.Н. Ортопедическая стоматология (факультативный курс) 6-е изд. - СПб.: Фолиант, 2002. -156с.
3. Ломиашвили Л.М., Аюпова Л.Г. Художественное моделирование и реставрация зубов. – М.: Медицинская книга, 2004. - 328с.
4. Трезубов В.Н., Мишнев Л.М. и др. Ортопедическая стоматология. Прикладное материаловедение. –СПб.: СпецЛит, 2003.
5. Поюровская И.Я.Стоматологическое материаловедение: учебное пособие.2008. - 192 с..
6.Терапевтическая стоматология: учебник: в 3 частях. Ч. 3. Заболевания слизистой оболочки полости рта, – под ред. проф. Г. М. Барера. - Москва: ГЭОТАР-Медиа. – 2010- - 245 с.
7.Рациональная фармакотерапия в стоматологии: Руководство для практических врачей / Под редакцией Г.М. Барера, Е.В. Зорян. – М., Литтера, 2006 г. с 176.
8. Запись и ведение истории болезни: Практическое руководство. Афанасьев В.В, Барер Г.М., Ибрагимов Т.И. – М., ФГОУ ВУНМЦ Росздрава, 2006 г., 320 с.
9.Курякина Н.В. Заболевания пародонта /Н.В. Курякина, Т.Ф. Кутепова. – М.: Медицинская книга, Н.Новгород: Изд-во НГМА, 2003. – 250с. С. 5 – 25.
10.Афанасьев В.В. Хирургическая стоматология. Практическое руководство / Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011
10. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология/ М.: Медицина, 2003

11.В.М. Безрукава, Т.Г. Робустова. Том 1, 2. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии/ М.: Медицина, 2000
12. В. И. Стош, С.А. Рабинович. Общее обезболивание и седация в детской стоматологии: руководство для врачей / Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2007
13. Ю.Г. Кононенко. Местное обезболивание в амбулаторной стоматологии/ М.: Книга плюс, 2004
14.Л.В. Харьков и др. Справочник хирурга стоматолога / М.: Книга плюс, 2003
Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология/ М.: Медицина, 2003
15. В.М. Безрукава, Т.Г. Робустова. Том 1, 2. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии/ М.: Медицина, 2000
16. В. И. Стош, С.А. Рабинович. Общее обезболивание и седация в детской стоматологии: руководство для врачей / Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2007
17. Ю.Г. Кононенко. Местное обезболивание в амбулаторной стоматологии/ М.: Книга плюс, 2004
18. Л.В. Харьков и др. Справочник хирурга стоматолога / М.: Книга плюс, 2003

Приложение 1

1. Противопоказанием к проведению общего обезболивания является:
а) полный желудок
б) аллергия к антибиотикам
в) болезнь Паркинсона

2. Стоматологический кабинет должен иметь минимальную площадь:
а) 7 кв.м
б) 14 кв.м
в) 21 кв.м.

3. Достоинство фотокомпозитных пломбировочных материалов:
а) достаточное время для моделирования реставрации
б) высокая прочность на истирание и сжатие
в) цветостойкость
г) соответствие цвета и прозрачности эмали и дентину зуба

4. Методом нормализации функции жевания является:
а) исправление аномалий прикуса
б) своевременная санация и протезирование полости рта
в) пластика укороченной уздечки языка
г) пластика укороченной уздечки нижней губы
д) миотерапия для тренировки жевательных мышц

5. Тактикой врача при ранней потере постоянных моляров (в возрасте 11 лет) является?
а) протезирование - изготовление съемного протеза
б) изготовление несъемного протеза
в) закрытие дефекта за счет 7 и 8 зубов
г) удаление зубов на противоположной челюсти
д) наблюдение

6. Стеклоиономерный цемент получен при гибридизации?
а) амальгамы и силикофосфатного цемента
б) силикатного и поликарбоксилатного цементов
в) силикатного цемента и композита

7. Свойства стеклоиономерных цементов:
а) коэффициент термического расширения близкий к тканям зуба
б) высокая усадка
в) высокая механическая прочность
г) нерастворисость в полости рта
д) низкая объемная усадка

8. Стеклоиономерные цементы применяются для:
а) лечебных прокладок
б) повязок
в) постоянных пломб
г) изолирующих прокладок

9. К микропротезам относятся:
а) вкладки
б) штифтовые вкладки
в) полукоронки и вкладки
г) интрадентальные и парапульпарные несъемные конструкции

10. При передозировке адреналина больному необходимо ввести:
а) внутривенно 1 мл атропина
б) внутривенно 1 мл мезатона
в) внутримышечно 1 мл норадреналина

11. Цинк-фосфатные цементы используются для:
а) изоляции пульпы
б) временного пломбирования

в) фиксации ортопедических конструкций
г) пломбирования каналов

12. Микропротез, восстанавливающий анатомическую форму зуба:
а) фасетка
б) культовая вкладка
в) штифтовым зуб
г) вкладка
д) коронка

13. У коронки жевательного зуба нет поверхности:
а) окклюзионная
б) вестибулярная
в) режущая
г) проксимальная
д) дистальная

14. Недостаток лечебных прокладок в виде нетвердеющих паст?
а) трудность внесения в полость
б) малая адгезия к твердым тканям
в) высокая усадка
г) низкие прочностные свойства

15. Основной вид обезболивания, применяемый при операции удаления зуба:
а) местное
б) общее (наркоз)
в) комбинированное
г) нейролептаналгезия

16. Опорами несъемного мостовидного протеза могут быть:
а) коронки, полукоронки, вкладки
б) вкладки, полукоронки, опорно-удерживающие кламмеры
в) опорно-удерживающие кламмера, штифтовые зубы, телескопические коронки
г) телескопические коронки, опорно-удерживающие кламмеры, аттачмены
д) коронки, полукоронки, культевые штифтовые вкладки

17. Линиями Рециуса называют:
а) различное расположение эмалевых призм на шлифе
б) линии минерализации эмали
в) валикообразные образования шейки зуба

18. При изготовлении штифтовой конструкции минимальная длина штифта относительно длины корня составляет:
а) 1/3
б) 1/2
в) 2/3
г) всю длину корня
д) длина штифта не имеет значения

19. Эмалевыми пластинками называют:
а) белковые оболочки пучков призм
б) колбовидные окончания дентинных канальцев
в) межпризменные пространства

20. Целью обследования больного является:
а) установление диагноза
б) выбор метода лечения
в) выбор инструментария

21. На культевую вкладку можно изготовить коронку:
а) только штампованную
б) только фарфоровую
в) только пластмассовую
г) только металлопластмассовую
д) любую из существующих

22. Характерным видом травмы временных зубов является:

а) перелом
б) вывих
в) ушиб

23. Интенсивность зубной боли зависит от:
а) психо-эмоционального статуса пациента
б) времени суток
в) нозологической формы
г) всего перечисленного

24. Штифтовой зуб - ортопедическая конструкция, восстанавливающая дефект:
а) вестибулярной стенки зуба
б) зубного ряда включенный во фронтальном отделе
в) зубного ряда включенный в боковом отделе
г) зубного ряда концевой
д) коронковой части зуба

25. Индивидуальные жесткие ложки должны:
а) не соответствовать границам протезного ложа,
б) воспроизводить вестибулярный овал,
в) плотно прилегать к тканям протезного ложа не балансировать,
г) соответствовать границам протезного ложа, но неплотно прилегать, наличие места под слепочную массу,

26. Кипмайдер - это:
а) кламмер
б) окклюзионная накладка
в) антиопрокидыватель
г) петля
д) узел

27. Лечебный прокладочный материал на полимерной основе, содержащий гидроокись кальция?
а) лайф
б) кальмецин
в) каласепт

28. Коллапс – это
а) аллергическая реакция на антиген
б) потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса
в) проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания

29. Для осмотра зубов достаточно стоматологического зеркала:
а) да
б) нет

30. Ортопедические методы лечения при очаговом пародонтите направлены:
а) на устранение причин, вызвавших пародонтит
б) на шинирование зубов
в) на предупреждение функциональной перегрузки пародонта здоровых зубов

31. Общие осложнения при проведении местной анестезии:
а) интоксикация
б) обморок
в) коллапс
г) анафилактичесикй шок

32. К признакам альвеолита относятся:
а) воспаление мягких тканей в области лунки
б) кратковременная боль без признаков воспаления
в) боли постоянного характера, воспаление мягких тканей
г) области лунки удаленного зуба, зловонный запах изо рта
д) наличие в лунке мелких секвестров
е) "сухая" лунка.

33. Пластмассовая коронка по отношению к десневому краю должна располагаться:
а) не доходить до десны на 0,5 мм,
б) не доходить до десны на 1 мм,
в) на уровне десны,
г) под десной на 0,5 мм,
д) под десной на 1 мм.

34. Противопоказания к проведению местного обезболивания?
а) лечение осложненного кариеса
б) большой объем оперативного вмешательства
в) удаление зуба
г) повышенная чувствительность к анестетику

35. Для лидокаина преимущественное значение имеет?
а) инфильтрационная инъекция, проводниковая инъекция
б) спонгиозная инъекция
в) внутрилигаментарная инъекция
г) внутрипульпарная инъекция

36. По функции различают искусственные коронки:
а) восстановительные, комбинированные
б) временные, с облицовкой
в) восстановительные, фиксирующие
г) опорные (фиксирующие), пластмассовые
д) шинирующие, штампованные

37. Неинъекционный вид анестезии:
а) аппликационная
б) инфильтрационная
в) проводниковая

38. Лекарственные препараты, используемые для местного обезболивания:
а) фторотан, закись азота
б) каллипсол, сомбревин
в) новокаин, тримекаин, лидокаин, артикаин.

39. Отрицательные свойства пластмассовых коронок:
а) большой коэффициент термического расширения
б) пористость
в) содержат остаточный мономер
г) сложность изготовления
д) хрупкость
е) низкая устойчивость к истиранию

40. Показания для местного инъекционного обезболивания:
а) лечение и удаление зубов
б) проведение небольших амбулаторных операций
в) шинирование переломов, первичная обработка ран

41. Лекарственные препараты, используемые для местного обезболивания?
а) фторотан, закись азота
б) каллипсол, сомбревин
в) новокаин, лидокаин, артикаины

42. Фурункул – это
а) острое гнойное воспаление клетчатки
б) специфическое поражение придатков кожи
в) острое гнойное воспаление потовой железы
г) серозное воспаление волосяного фолликула
д) острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула

43. Общим обезболиванием является:
а) внутривенный наркоз
б) стволовая анестезия
в) спинальная анестезия
г) паранефральная блокада.

44. Классификация эндодонтического инструментария выделяет группы инструментов:
а) инструменты для пломбирования корневого канала
б) инструменты для обработки канала
в) инструменты для осмотра полости зуба
г) инструменты для прохождения и расширения корневого канала
д) диагностические эндодонтические инструменты
е) инструменты для удаления пульпы
ж) инструменты для расширения устьев корневых каналов

45. К аномалии прикуса приводят:
а) аномалии положения зубов

б) зубоальвеолярные нарушения
в) зубочелюстные аномалии
г) все перечисленные отклонения

46. "Мраморной" болезнью зубов называют:
а) наследственное нарушение развития дентина
б) наследственное нарушение развития эмали
в) врождённый семейный остеосклероз
г) наследственное нарушение развития дентина и эмали

47. Укорочение длины корней зубов, отсутствие полости зуба и корневых каналов характерно для:
а) несовершенный амелогенез
б) несовершенный дентиногенез
в) мраморная болезнь

48. Системная гипоплазия поражает зубы:
а) временные
б) постоянные
в) временные и постоянны.

49. Препарирование зубов под литые коронки производят:
а) металлическими фрезами
б) алмазными головками
в) карборундовыми фрезами
г) карборундовыми дисками
д) вулканитовыми дисками

50. Возможна ли фиксация фарфоровых коронок на временный цемент?
а) да
б) да, если это одиночная коронка
в) да, если у пациента нет бруксизма
г) да, если не более чем на 5-7 дней
д) нет

51. Осложнения, возникающие непосредственно после операции удаления зуба:
а) паротит
б) кровотечение
в) невралгия тройничного нерва
г) артрит височно-нижнечелюстного сустава
д) анкилоз височно-нижнечелюстного сустава

52. Микроорганизмы, играющие ведущую роль в возникновении кариеса зубов:
а) стрептококки
б) стафилококки
в) фузобактерии
г) грибы рода Кандида

53. Основной задачей ортодонтического лечения является:
а) устранение морфологических нарушений
б) устранение функциональных нарушений
в) устранение эстетических нарушений
г) создание морфологического, эстетического и функционального оптимума в зубочелюстной системе
д) устранение функциональных и эстетических нарушений.

54. Какие методы обследования стоматологического больного являются основными?
а) осмотр
б) термопроба
в) электроодонтодиагностика
г) рентгенография
д) пальпация
е) перкуссия

ж) зондирование

55. Первый этап препарирования кариозной полости:
а) обработка краев эмали
б) раскрытие кариозной полости
в) расширение кариозной полости
г) некрэктомия
д) формирование кариозной полости

56. Второй этап препарирования кариозной полости:
а) обработка краев эмали
б) раскрытие кариозной полости
в) расширение кариозной полости
г) некрэктомия
д) формирование кариозной полости

57. Для лечения хронического остеомиелита челюсти используют препараты, обладающие остеотропным действием:
а) канамицин, бисептол
б) линкомицин, фузидин
в) ампициллин, секурапен
г) эритромицин, оксациллин
д) пенициллин, метилурацил

58. В кариозной полости не существует:
а) краев
б) дна
в) углов
г) стенок
д) крыши

59. Изучение рентгенограммы проводят?
а) до расспроса
б) после расспроса до осмотра
в) после расспроса и осмотра

60. При электроодонтодиагностике определяется состояние?
а) пульпы
б) твердых тканей зуба
в) костной ткани челюсти
г) десны

61. Реплантация зубов - это
а) введение в кость имплантата
б) пересадка одного зуба в лунку другого
в) увеличение высоты альвеолярного отростка
г) изменение положения дистопированного зуба
д) удаление зуба, его обработка, пломбирование, введение в лунку и фиксация

62. Форма пульпита, протекающая остро:
а) гипертрофический
б) гангренозный
в) фиброзный
г) диффузный

63. Форма хронического пульпита
а) фиброзный
б) диффузный
в) очаговый

64. Наиболее целесообразным видом физиотерапии при длительно существующей

форме невралгии являются?
а) микроволны
б) ионофорез с новокаином
в) ультразвук

65.Микротвердость эмали при кариесе в стадии пятна:
а) снижается
б) повышается
в) не изменяется

66.Наиболее характерный клинический симптом при кариесе разных стадий – боль:
а) самопроизвольная
б) сохраняющаяся после устранения раздражителя
в) только в присутствии раздражителя

67.Полость при поверхностном кариесе локализуется в пределах:
а) эмали
б) эмали и дентина
в) эмали, дентина и предентина

68.Глубокий кариес дифференцируют:
а) со средним кариесом
б) с хроническим пульпитом
в) с хроническим периодонтитом
г) с флюорозом

69.Протравливание эмали обеспечивает контакт эмали зуба с композиционным материалом по принципу:
а) микросцепления
б) химического взаимодействия
в) адгезии

70.Герметики используют для профилактики:
а) кариеса
б) флюороза
в) гипоплазии

71.Для лучшей ретенции композиционного материала эмаль подготавливают путем:
а) фторирования
б) создания фальца
в) кислотного протравливания

72. Причиной для развития периостита является:
а) перикоронит
б) ушиб мягких тканей лица
в) фиброма альвеолярного отростка
г) обострение хронического гайморита
д) перелом мыщелкового отростка нижней челюсти

73. Стеклоиономерные цементы применяются для:
а) лечебных прокладок
б) повязок
в) постоянных пломб
г) изолирующих прокладок

74.По виду полимеризации композиционные материалы подразделяются на:
а) светоотвердеющие
б) химического отверждения
в) двойного отверждения
г) инфракрасного отверждения

75. Резкая приступообразная боль в челюстно-лицевой области отмечается при:
а) глубоком кариесе
б) остром пульпите
в) невралгии тройничного нерва

76. Наиболее эффективными физиотерапевтическими методами при альвеолите являются?
а) УВЧ
б) электрофорез
в) лазерная терапия
г) дарсанвализация
д) УФО

77.Метод лечения хронического гангренозного пульпита:
а) витальная ампутация
б) витальная экстирпация
в) биологический метод
г) девитальная экстирпация
д) резекция верхушки корня

78. Гемисекция - это
а) удаление коронковой части зуба с одномоментным пломбированием каналов
б) удаление зуба с последующим установлением на прежнее место после его предварительной обработки
в) резекция корня
г) расчленение зуба вместе с корнем
д) частичная резекция корня и коронки зуба

79.Для удаления пульпы из корневого канала предназначен:
а) зубоврачебный зонд
б) рашпиль
в) пульпоэкстрактор
г) бурав Хэдстрема
д) каналонаполнитель

80. К наиболее частым причинам кровотечения после удаления зубов относятся:
а) повреждение сосудов
б) гипертоническая болезнь, системные заболевания крови
в) перелом коронки зуба
г) травматическое удаление зубов
81.Для антисептической обработки корневых каналов используют:
а) эфир
б) перекись водорода
в) гипохлорит натрия
г) дистиллированную воду
д) «Крезофен»

82. Постоянная ноющая боль в челюстно-лицевой области отмечается при:
а) клиновидном дефекте
б) глубоком кариесе
в) хроническом периодонтите

83.Хронический гангренозный пульпит отличается от хронического фиброзного пульпита наличием:
а) кариозной полости средней глубины
б) болей от горячего
в) деструкции костной ткани в апикальной области

84.При хроническом фиброзном пульпите в пульпе происходит:
а) некроз ткани пульпы
б) фиброзное перерождение пульпы
в) значительное разрастание грануляционной ткани
г) резкое увеличение волокнистых элементов
д) акантолиз

85. Временный прикус считается сформированным?

а) от 1 года до 3 лет
б) от 3 года до 5 лет
в) от 6 года до 9 лет
г) от 9 года до11 лет
д) от 11 года до 13 лет

86.Наличие кариозной полости может быть причиной периодонтита:
а) травматического
б) инфекционного
в) медикаментозного

87.Сообщение кариозной полости с полостью зуба характерно для периодонтита:
а) острого
б) хронического

88.Раскрытие полости зуба при эндодонтическом лечении проводится с целью:
а) улучшения фиксации пломбы
б) улучшения доступа к каналу корня
в) удаления коронковой пульпы

89.При хроническом фиброзном периодонтите на рентгенограмме определяется:
а) расширение периодонтальной щели в периапикальной области
б) разрежение костной ткани округлой формы с четкими контурами в периапикальной области
в) разрежение костной ткани у верхушки корня без четких границ

90.Для постоянного пломбирования корневых каналов используются штифты:
а) бумажные
б) гуттаперчивые
в) парапульпарные

91. Оптимальные сроки заживления костной раны после удаления зубов:
а) 12-14 дней
б) 1 месяц
в) 7-10 дней
г) 1 год
д) 3-4 месяца

92. Острая самопроизвольная боль в челюстно-лицевой области отмечается при:
а) остром пульпите
б) глубоком кариесе
в) эрозии эмали
г) неврите лицевого нерва

93.Для определения длины корня зуба используют:
а) апекс-локатор
б) рентгенологическое исследование
в) электроодонтодиагностику
г) депофорез

94. Местными противопоказаниями к удалению зубов являются:
а) безуспешность лечения хронического периодонтита
б) вывих зубов
в) зубы с хорошо проходимыми каналами, гангренозный пульпит
г) острый гнойный воспалительный процесс одонтогенного происхождения
д) лицевые боли

95.Пломбирование корневого канала произведено правильно:
а) корневая пломба должна немного выходить за апекс
б) корневая пломба не должна доходить до апекса на 3-4 мм
в) корневая пломба не должна доходить до апекса на 0,5-2 мм

96.Критерием выбора метода хирургического лечения пародонтита являются:
а) жалобы больного
б) глубина кармана
в) длительность болезни
г) общее состояние больного

97.При глубине кармана более 5 мм целесообразно провести:
а) кюретаж
б) открытый кюретаж
в) лоскутную операцию

98.Окраска десны при пародонтозе:
а) цианотичная
б) бледная
в) гиперемированная

99. Подготовка больного к операции удаления зубов заключается:
а) в предупреждении больного о длительности вмешательства, медикаментозной подготовке (премедикации), обезболивании
б) в измерении артериального давления
в) в снятии зубного камня
г) в измерении температуры тела
д) в снятии электрокардиограммы

100. Режущие инструменты и зеркала после стерилизации следует хранить?
а) в 96% спирте
б) в 70% спирте
в) в 6% растворе перекиси водорода
г) в 3% растворе перекиси водорода

Приложение 2

1.Проведение сбора жалоб и анамнеза стоматологического пациента.
2. Проведение внешнего осмотра челюстно-лицевой области стоматологического пациента.
3. Проведение осмотра полости рта (особенности в терапевтической, ортопедической и хирургической стоматологии).
4. Зондирование кариозной полости, а также некариозных поражений твердых тканей зубов.
5. Определение индекса гигиены.
6. Перкуссия зубов. Определение чувствительности зубов на холод (термопробы).
7 Методы определения центральной окклюзии при нефиксированном прикусе.
8. Описание данных прицельных рентгеновских снимков зубов, ортопантомограмм.
9. Заполнение формы №37 «У», формы №39 – 2/у, формы 0 43 – У.
10. Профилактическая обработка зубов противокариозными средствами.
11. Реминерализирующая терапия кариеса зубов в стадии пятна и оценка ее эффективности.
12. Препарирование и пломбирование кариозной полости I класса по Блэку (фотокомпозитами).
13. Препарирование и пломбирование кариозной полости II класса по Блэку (фотокомпозитами).
14. Препарирование и пломбирование кариозной полости III класса по Блэку (фотокомпозитами).
15. Препарирование и пломбирование кариозной полости IV класса по Блэку (фотокомпозитами).
16. Препарирование и пломбирование кариозной полости V класса по Блэку (фотокомпозитами).
17. Промывание и высушивание кариозной полости.
18. Наложение на дно кариозной полости лечебных прокладок, наложение изолирующих прокладок из цинк-фосфатного, стеклоиономерного цемента.
19. Протравливание эмали и дентина.
20. Нанесение на стенки кариозной полости бонда.
21. Наложение и укрепление матрицы, матрицедержателя, а также наложение клина при пломбировании кариозных полостей II класса по Блэку,
22. Пломбирование кариозной полости I класса по Блэку композитом химического отверждения, стеклоиономерным цементом.
23. Пломбирование кариозной полости II класса по Блэку композитом химического отверждения.
24. Пломбирование кариозной полости II класса по Блэку, используя открытую сэндвич-технику.
25. Пломбирование кариозной полости II класса по Блэку, используя закрытую сэндвич-технику.
26. Пломбирование кариозной полости V класса по Блэку стеклоиономерным цементом.
27. Пломбирование кариозной полости V класса по Блэку цинк-фосфатным цементом.
28. Восстановление зубов при клиновидных дефектах, эрозиях твердых тканей.
29. Финишная обработка пломб.
30.Вскрытие полости зуба, наложение девитализирующей пасты и временной пломбы.
31. Вскрытие и раскрытие полости зуба в моляре (анатомо- топографические особенности), нахождение устьев корневых каналов.
32. Вскрытие и раскрытие полости зуба в премоляре, нахождение устьев корневых каналов.
33. Удаление распада пульпы из коронковой части полости зуба и корневых каналов.
34. Определение рабочей длины корня.
35. Расширение устьев и инструментальная обработка корневых каналов (по методике Crown Down).
36. Расширение устьев и инструментальная обработка корневых каналов (по методике step-back).
37. Продемонстрировать обезболивание и операцию удаления 14 зуба (корень).
38. Продемонстрировать обезболивание и операцию удаления 18 зуба.
39. Продемонстрировать обезболивание и операцию удаления 27 зуба.
40. Продемонстрировать обезболивание и операцию удаления 36зуба.
41. Продемонстрировать обезболивание и операцию удаления 48 зуба.
42. Обезболивание и методика хирургического вмешательства при перикоронарите.
43. Местные способы остановки кровотечения после операции удаления зуба.
44. Препарирование зуба под цельнолитую коронку.
45. Препарирование зуба под металлическую штампованную коронку.
46. Препарирование зуба под металлокерамическую коронку.
47. Снятие анатомического оттиска с верхней и нижней челюсти. Выбор оттискных ложек.
48. Перечислите, какие функциональные пробы необходимо провести при изготовлении верхнего, нижнего полного съёмного пластиночного протеза (по автору).
49. Современные способы фиксации съемных протезов на беззубой челюсти. Фазы адаптации к съемным протезам.
50. Составьте план ортопедического лечения при частичной вторичной адентии.
51. Составьте план ортопедического лечения при полной вторичной адентии.
52. Местные способы остановки кровотечения после операции удаления зуба.
53. Временное пломбирование корневых каналов пастами, содержащими гидроокись кальция.

54. Пломбирование корневых каналов моляра методом латеральной конденсации. Выбор пломбировочного материала.
55. Пломбирование пульпитов постоянных зубов с несформированными корнями.
56. Лечение пульпита и периодонтита временных зубов.
57. Проведение профессиональной гигиены полости рта.
58. Определение степени подвижности зубов.
59. Удаление наддесневых зубных отложений ручным способом.
60. Удаление поддесневых зубных отложений ручным способом.
61. Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений при помощи скаллера.
62. Проведение аппликации, инстилляции лекарственного средства при болезнях пародонта
63. Наложение лечебной повязки при болезнях пародонта
64. Местная обработка патологически измененных участков слизистой оболочки полости рта соответствующими средствами.
65. Инъекции лекарственных средств по показаниям в подслизистый слой.
66. Проведение аппликационной анестезии.
67. Проведение местной инфильтрационной анестезии.
68. Проведение интралигаментарной анестезии
69. Проведение интрасептальной анестезии.
70. Проведение внутрипульпарной анестезии.
71. Оказание экстренной помощи при обмороке.
72. Оказание первой медицинской помощи при гипертоническом кризе.
73.Проведение профилактических осмотров пациентов, выявление патологии и нуждаемости в стоматологическом лечении.
74. Запечатывание фиссур герметиками.
75. Избирательное пришлифовывание зубов и шинирование в комплексном лечении заболеваний пародонта.

Оценка практических навыков

«отлично» – выполняет без замечаний
«хорошо» – выполняет с небольшими замечаниями
«удовлетворительно» – выполняет с ошибками
«неудовлетворительно» – не выполняет

Приложение 3

1.Анализ деятельности стоматологического отделения (кабинета). Качественные показатели работы врачей-стоматологов в поликлинике.
2. Экспертиза нетрудоспособности в практике врача-стоматолога. Правила и порядок выдачи листков нетрудоспособности при заболеваниях, травмах, а также по уходу за членами семьи.
3. Санитарно-гигиенические требования к организации стоматологических отделений и кабинетов. Оснащение стоматологического кабинета.
4. Особенности организации дезинфекционно - стерилизационного режима в стоматологии. Основные направления. Этапы обработки инструментов медицинского назначения.
5. Дезинфекция. Определение. Цель. Задачи. Основные методы и правила дезинфекции. Дезинфекция поверхностей. Перечень зон с разными уровнями гигиены.
6.Порядок обработки инструментов и боров после приема пациентов с гепатитом или ВИЧ.
7. Современные методы и средства для местного обезболивания. Механизм действия местных анестетиков.
8. Классификация местных анестетиков, применяемых в современной стоматологической практике.
9. Состав карпулы местного анестетика. Вазоконстрикторы, антиоксиданты, параболы, наполнители.
10. Методики инфильтрационного и проводникового обезболивания.
11. Аспирационная проба. Правила и порядок проведения.
12. Местные и общие осложнения, возникающие при обезболивании. Методы профилактики.
13. Особенности местного обезболивания в условиях воспаления.
14. Особенности местного обезболивания у детей, лиц пожилого и старческого возраста.
15. Особенности местного обезболивания у беременных и у женщин в период лактации.
16. Особенности местного обезболивания у пациентов с общесоматическими заболеваниями, отягощенным аллергологическим анамнезом.
17. Обморок. Клиника, оказание неотложной помощи.
18. Коллапс. Клиника, оказание неотложной помощи.
19. Анафилактический шок. Классификация, клиническая картина. Тактика врача при анафилактическом шоке.
20. Операция удаления зуба. Инструменты (щипцы, элеваторы). Строение. Виды.
21. Показания и противопоказания к удалению зубов. Техника проведения операции типичного удаления зуба. Операция атипичного удаления зубов.
22. Местные осложнения во время и после удаления зуба. Профилактика осложнений.
23. Тактика удаления зуба у больных с гемофилией. Местные способы остановки кровотечения.
24. Травмы зубов. Ушиб. Вывих. Перелом. Диагностика. Принципы лечения.
25. Периоститы. Клиника. Диагностика. Принципы хирургического лечения.
26. Альвеолит. Клиника. Диагностика. Профилактика. Принципы лечения.
27. Одонтогенный гайморит. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Дифференциальная диагностика. Консервативные и хирургические методы лечения.
28. Перфорация гайморовой пазухи. Причины. Диагностика. Лечение.
29. Зубосохраняющие операции. Операция резекции верхушки корня. Показания и противопоказания. Методика проведения.
30. Хирургические методы лечения периодонтитов. Гемисекция. Ампутация корня. Показания и противопоказания. Методика проведения.
31. Аномалии формирования и прорезывания зубов. Ретенция. Дистопия. Адентия. Сверхкомплектные зубы. Клинические проявления. Показания к хирургическому лечению.
32. Основные и дополнительные методы обследования больных с патологией твердых тканей зубов.
33. Показатели кариеса: распространенность, интенсивность, прирост интенсивности, редукции. Правила заполнения истории болезни.
34. Индексная оценка гигиенического состояния полости рта (по Федорову-Володкиной, по Пахомову, по Силнес-Лоу и др.). Техника проведения.
35. Параметры оценки состояния тканей пародонта в норме и при патологии. Индексная оценка состояния десны (проба Шиллера-Писарева, индексы ПМА, ПИ, ГИ). Характеристика зубодесневого прикрепления. Определение подвижности зуба.
36. Классификация кариеса зубов (топографическая, анатомическая, клиническая). Патологическая анатомия кариеса зубов. Зоны поражения эмали. Зоны поражения дентина.
37. Методы диагностики и лечения поверхностного и среднего кариеса.
38.Методы диагностики и лечения глубокого кариеса.
39. Этапы препарирования и пломбирования полостей I-VI класса. Общие критерии качества препарированных полостей.
40. Композиционные материалы светового отверждения. Классификация. Показания к применению. Противопоказания к применению. Общие требования. Состав, свойства.
41. Адгезивные системы. Классификация. Характеристика. Общие требования. Свойства.
42. Анатомо-функциональные особенности строения пульпы зуба. Классификация пульпитов (ММСИ).

43. Острые формы пульпита. Клиника. Дифференциальная диагностика.
44. Хронические формы пульпита. Клиника. Дифференциальная диагностика.
45. Лечение пульпита. Девитальные методы лечения пульпита. Показания, противопоказания, возможные осложнения. Средства для девитализации пульпы.
46. Метод витальной экстирпации пульпы. Сущность. Показания. Противопоказания. Методика проведения.
47. Морфофункциональные данные о строении периодонта. Классификация периодонтитов.
48. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика острых и хронических форм периодонтитов, а также периодонтита в стадии обострения.
49. Методы лечения периодонтитов: консервативные, консервативно-хирургические, хирургические. Сущность методов. Показания. Противопоказания.
50. Эндодонтический инструментарий. Классификация. Характеристика. Методы применения.
51. Оценка изгиба корневых каналов (метод Шнейдера). Типы строения апикального отверстия. Методики определения рабочей длины корневых каналов.
52. Методы инструментальной обработки корневых каналов. Медикаменты для обработки корневых каналов. Фармакологическая характеристика.
53. Методы обтурации корневых каналов. Причины неполной обтурации каналов корней зубов.
54. Методы расширения корневых каналов: механический, химический. Лекарственные средства для расширения корневых каналов. Методики применения.
55. Частичное отсутствие зубов. Основные симптомы. Классификация дефектов зубных рядов.
56. Комбинированные коронки (металлокерамика). Показания и противопоказания. Клинико-лабораторные этапы изготовления.

57. Гипоплазия твердых тканей зубов. Этиология, патогенез. Клинические формы. Предрасполагающие факторы развития. Изменение формы коронок зубов при системной гипоплазии: зубы Гетчинсона, Фурнье, Пфлюгера. Методы комплексного лечения и профилактики при системной гипоплазии.
58. Эндемический флюороз зубов. Этиология, патогенез. Клинические формы. Дифференциальная диагностика. Методы комплексного лечения и профилактики при эндемическом флюорозе.
59. Клиновидный дефект, гиперестезия. Классификация. Этиология. Клиническая картина. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
60. Клинико- лабораторные этапы изготовления цельнолитых мостовидных протезов.
61. Эрозия твёрдых тканей зубов. Локализация. Этиология. Стадии эрозии. Клинические стадии эрозии твёрдых тканей зубов при различной глубине поражения (по Ю.М. Максимовскому). Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
62. Дефекты зубных рядов, их виды, клиническая картина, классификация (Кеннеди, Е.И.Гаврилов).
63. Клинико- лабораторные этапы изготовления штампованно-паянных мостовидных протезов.
64. Классификация зубных отложений. Роль микрофлоры в развитии заболеваний пародонта.
65. Гипертрофический, катаральный гингивит. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
66. Мостовидные протезы. Классификация. Составные элементы. Показания и противопоказания. Жевательная эффективность по Агапову.
67. Пародонт. Определение. Строение. Пародонтит. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика.
68. Пародонтоз. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, методы лечения.
69. Вкладки. Классификация. Показания к применению. Материалы.
Принципы препарирования полостей под вкладки типа –inlay, onlay, overlay.
70. Прямой и косвенный методы изготовления вкладок. Клинико- лабораторные этапы изготовления. Ошибки и осложнения при протезировании вкладками
71. Искусственные коронки. Классификация. Показания и противопоказания к изготовлению.
72. Основные принципы препарирования зубов под коронки, понятие о щадящем режиме. Зоны безопасности твердых тканей зубов (Н.Г.Аболмасов, Б.С.Клюев).
73. Штампованная коронка. Показания и противопоказания. Клинико-лабораторные этапы изготовления.
74. Пластмассовая коронка. Показания и противопоказания. Клинико-лабораторные этапы изготовления.
75. Цельнолитая коронка. Показания и противопоказания. Клинико-лабораторные этапы изготовления.

ПАТОЛОГИЯ

1. Основные понятия нозологии. Болезнь как нарушение гомеостаза.
2. Номенклатура и классификация болезней.
3. Общая этиология. Общий патогенез. Причинно-следственные взаимоотношения в патогенезе.
4. Венозная гиперемия. Причины, механизмы, последствия.
5. ДВС - синдром. Стадии. Патогенез.
6. Экссудация. Механизмы развития. Значение.
7. Фагоцитоз при воспалении. Причины эмиграции лейкоцитов в очаг воспаления. Механизмы фагоцитарной деятельности лейкоцитов.
8. Понятие об иммунном гомеостазе, механизмы гуморального и клеточного иммунитета.
9. Опухоли. Определение сущности опухолевого роста. Этиология опухолей. Современные теории опухолевого роста. Современная классификация опухолей. Принципы ее построения. Вторичные изменения в опухолях.
10. Доброкачественные, злокачественные и опухоли с местным деструирующим ростом. Критерии злокачественности. Понятие о рецидиве.

ПЕДАГОГИКА

1. Определите место педагогики в системе современного человекознания.
2. Назовите способы структурирования содержания образования и проиллюстрируйте их на примере.
3. Дайте характеристику законодательным актам в сфере образования.
4. Какие документы составляют нормативную основу образования?
5. Что означает понятие «обучение»? Как ваше собственное понимание этого понятия соотносится с его научной трактовкой?
6. В чем обнаруживается сходство и различие процессов обучения и лечения как древнейших видов гуманитарной практики?
7. Какие типы и виды обучения оптимальны на доклиническом и клиническом этапах медицинского образования?
8. В чем суть поэтапного формирования знаний и умений? Пояснить на примерах.
9. Какие требования к выбору форм организации познавательной деятельности обучаемых на учебном занятии существуют в дидактике?
10. Что лежит в основе классификации форм организации познавательной деятельности? Как связаны между собой формы организации познавательной деятельности и цели обучения?
11. От чего зависит выбор форм организации познавательной деятельности к конкретному занятию?
12. Какие формы обучения наиболее рационально использовать на разных этапах обучения в медицинском вузе и при обучении разных категорий обучаемых (медицинский персонал, пациенты, их родственники)?

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ТУБЕРКУЛЕЗ

1. Этиология, эпидемиология и патогенез туберкулеза. Современная патоморфология туберкулеза. Понятие о множественной лекарственной устойчивости.
2. Клиническая классификация туберкулеза по МКБ-10. Классификация клинических форм туберкулеза челюстно-лицевой области (голова-шея).
3. Основные симптомы и синдромы легочного и внелегочного туберкулеза. Методы обследования больного туберкулезом: лабораторные, инструментальные.
4. Туберкулез при острых клинических ситуациях и в сочетании с сопутствующими заболеваниями: туберкулез и ВИЧ в практике врача-стоматолога.
5. Дифференциальная диагностика туберкулеза от неспецифических воспалительных заболеваний в практике врача-стоматолога. Алгоритм диагностики и тактика ведения.

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. Медицинское право, как отрасль права.
2. Источники медицинского права.
3. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья.
4. Права и обязанности медицинских работников.
5. Понятие и виды медико-социальной помощи.
6. Особенности медицинской услуги
7. Особенности регулирования труда медицинских работников
8. Правонарушение и юридическая ответственность
9. Гражданско-правовая ответственность субъектов предоставления и оказания медико-социальной помощи.
10. Дисциплинарная ответственность медицинских работников.
11. Административная ответственность должностных лиц.
12. Уголовная ответственность медицинских работников.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

1. Дайте определение науки «Общественное здоровье и здравоохранение». Задачи общественного здоровья и здравоохранения. Объект изучения общественного здоровья и здравоохранения.
2. Какие методы используют при изучении общественного здоровья и здравоохранения?
3. Назовите главные критерии оценки эффективности системы здравоохранения.
4. Назовите базовые функции системы здравоохранения.
5. Дайте определения фактора риска. Перечислите факторы риска и кратко охарактеризуйте.
6. Дайте определение медицинской демографии и перечислите ее основные разделы.

7. Перечислите известные Вам исторически сложившиеся на этапах развития названия предмета Общественное здоровье и здравоохранение. С чем связано существование большого числа названий предмета?

8. Воспроизводство населения (естественное движение населения).
Общие и специальные показатели, методика расчета, анализ и оценка
9.Миграция населения: внешняя, внутренняя (урбанизация,
сезонная). Факторы, ее определяющие. Влияние миграции на здоровье населения
10. Естественный прирост населения, факторы на него влияющие.
Противоестественная убыль населения.
11. Дайте определения “заболеваемость”, распространенность болезней”,
патологическая пораженность”
12.От чего зависит полнота учета заболеваемости?

Министерство здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики
Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Медицинский факультет
Центр медицинского послевузовского образования

УТВЕРЖДАЮ
Министр здравоохранения ПМР
_____К.В.Албул
«_4_» ____01_____2024 г.

СОГЛАСОВАНО
Ученым советом факультета
протокол № 5
от «29» ____12____2023г.
Председатель
Ученого совета факультета
_____Г.Н.Самко

ПРОГРАММА
ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ

образовательной программы
высшего образования- программы ординатуры

Специальность **31.08.67 ХИРУРГИЯ**

Квалификация выпускника: врач – хирург
Трудоемкость: 108 часов-3з.е.
Сроки проведения: 24.06.24 – 6.07.24

Тирасполь, 2023

Программа итоговой государственной аттестации образовательной программы высшего образования- программы ординатуры по специальности 31.08.67 Хирургия разработана в соответствии с Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.67 Хирургия (утвержденным Приказом Министерства Просвещения Приднестровской Молдавской Республики № 679 от 28.07.2021г. «Об утверждении и введении в действие Государственного образовательного стандарта послевузовского профессионального образования - ординатуры)

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании кафедры Хирургических болезней протокол № 5 от «17» ноября 2023 г.
Заведующий кафедрой Хирургических болезней _____ Ботезату А.А.

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УМК факультета

«12» декабря 2023 г. (протокол № 4)

Председатель УМК _____ А.В. Васильчук

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УС факультета

«29» декабря 2023 г. (протокол № 5)

Председатель УС _____ Г.Н. Самко

Программу составили:

Профессор, д.мед.наук _____ Ботезату А.А.

Ассистент _____ Коцюруба А.М.

Содержание

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.
2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры
3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации.
4. Форма и структура итоговой государственной аттестации.
4.1 Форма итоговой государственной аттестации.
4.2 Трудоёмкость итоговой государственной аттестации.
4.3 Структура итоговой государственной аттестации.
5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.
6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации.
6.1 Критерии оценки результатов тестирования
6.2 Критерии оценки практических навыков и умений.
6.3 Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.
7. Содержание государственного экзамена.
7.1 Тестирование
7.2 Практические навыки.
7.3. Устное собеседование
8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

Приложения

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.

Цель - определение соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры требованиям Государственному образовательному стандарту послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.67 «Хирургия».

Задачи:

— установление уровня подготовки выпускника к выполнению профессиональных задач (оценка степени сформированности всех компетенций, предусмотренных Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.67 «Хирургия», характеризующих готовность выпускников к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации - врач - хирург).

— принятие решения о выдаче обучающемуся, успешно прошедшему итоговую государственную аттестацию по программе ординатуры, диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации.

2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры

Итоговая государственная аттестация относится к базовой части программы - Блок 3. итоговая государственная аттестация и завершает процесс освоения имеющих государственную аккредитацию образовательных программ ординатуры.

Итоговая государственная аттестация образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.67 «Хирургия» завершается присвоением квалификации " врач - хирург".

3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путём обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- физические лица женского пола (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку готовности выпускников, освоивших программу ординатуры, к следующим видам профессиональной деятельности:

— профилактическая;
— диагностическая;
— лечебная;
— реабилитационная;
— психолого-педагогическая;
— организационно-управленческая.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

а) готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу - УК1;

б) готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные,

этнические, конфессиональные и культурные различия - УК2;

в) готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование - УК3.

Профессиональные компетенции (ПК):

а) профилактическая деятельность:

1) готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания - ПК1;

2) готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными - ПК2;

3) готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях - ПК3;

4) готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медикостатистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков - ПК4;

б) диагностическая деятельность - готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - ПК5;

в) лечебная деятельность:

1) готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи - ПК6;

2) готовностью к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации - ПК7;

г) реабилитационная деятельность - готовностью к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении - ПК8;

д) психолого-педагогическая деятельность - готовностью к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих - ПК9;

е) организационно-управленческая деятельность:

1) готовностью к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях - ПК10;

1) готовностью к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей - ПК11.

4.Форма и структура итоговой государственной аттестации

4.1.Форма итоговой государственной аттестации

Итоговая государственная аттестация обучающихся по образовательной программе ординатуры 31.08.67 «Хирургия» проводится в форме государственного экзамена.

4.2.Трудоёмкость итоговой государственной аттестации

Объем итоговой государственной аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) - сдачу государственного экзамена.

4.3.Структура итоговой государственной аттестации

В Блок 3 " Итоговая Государственная аттестация" входят подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена. Перед государственным экзаменом по специальности для ординаторов проводятся предэкзаменационные консультации по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в три этапа:

1 этап - тестирование, проводится для получения сертификата специалиста, имеет целью определить готовность специалиста к самостоятельной профессиональной (медицинской) деятельности (согласно Приказу Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 31.05.2022г №477 «Об утверждении Порядка приема граждан на обучение по образовательным программам послевузовского профессионального образования – программам ординатуры, а также Порядка реализации образовательных программ послевузовского профессионального образования – программ ординатуры» (регистрационный № 11145 от 15 июля 2022 года) (САЗ 22-27)). Во время тестирования обучающийся выбирает правильный(е) ответ(ы) из предложенных нескольких вариантов ответов. Каждый обучающийся отвечает на 100 тестовых вопросов, на решение которых отводится 120 минут(2 астрономических часа).

2 этап - оценка практических навыков и умений - состоит из демонстрации практических навыков и умений, приобретенных в результате освоения программы ординатуры.

3 этап – устный экзамен по дисциплине Хирургия с целью определения сформированности профессиональных компетенций выпускника, профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения. Каждый билет состоит из пяти теоретических вопросов, в процессе проведения государственного экзамена обучающемуся могут быть заданы уточняющие или дополнительные вопросы в рамках билета. На подготовку к ИГА ординатору выделяется 2 недели. После выбора билета ординатор готовится к ответу 30 минут, отвечает согласно регламенту 20 минут. По решению комиссии обучающийся может быть освобожден от необходимости полного ответа на вопрос билета, уточняющий или дополнительный вопрос.

Этапы государственного экзамена	Компетенции, которые оцениваются в ходе этапа
1 этап - в форме тестирование	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7 ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11.
2 этап - оценка практических навыков и умений	
3 этап – устный экзамен по дисциплине	

5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.

Проведение ИГА определяется календарным учебным графиком, выполнением индивидуального плана ординатора и расписанием ИГА.

Перед итоговой государственной аттестацией обучающиеся должны ознакомиться с

программой ИГА. Подготовка к государственному экзамену может проводиться в формах, как устного повторения пройденных дисциплин (с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д.), так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.

6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации. Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

6.1. **Критерии оценки результатов тестирования**

Подведение **итогов 1 этапа в форме тестирования. Результат решения тестов оценивается по ятибалльной системе:**

- 49% и менее правильных ответов - «неудовлетворительно»;
- 50% - 70% - «удовлетворительно»;
- 71% - 84% - «хорошо»;
- 85% - 100% - «отлично».

6.2. Критерии оценки практических навыков и умений

Результаты 2 этапа определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол ИГА. Обучающиеся, получившие оценку «неудовлетворительно» к 3 этапу государственного экзамена не допускается, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений;

- «хорошо» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет;

- «удовлетворительно» - обучающийся обладает удовлетворительными теоретическими знаниями - знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний - не знает методики выполнения, практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и т.д.; и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

6.3. Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.

Результаты 3 этапа государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «хорошо» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов

обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «удовлетворительно» - обучающийся показывает частичное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз с учетом принятой классификации. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций, демонстрируя поверхностное знание предмета;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не показывает освоение планируемых результатов обучения по пройденным темам, не может сформулировать диагноз или неправильно его ставит. Не может правильно ответить на большинство дополнительных вопросов, характеризующих уровень освоения необходимых компетенций.

7. Содержание государственного экзамена

7.1. Тестировние: Приложение 1
7.2. Практические навыки: Прилодение 2
7.3. Устное собеседование Приложение 3

8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

Основная литература:

1) Гостищев, В. К. Общая хирургия [Текст] : [учеб. для высш. проф. образования] / В. Гостищев. - 5-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013.
2) Гостищев, В. К. Общая хирургия [Электронный ресурс] : [учеб. для высш. проф. образования] / В. К. Гостищев. – 5-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 727 с. : ил. - URL : http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
3) Сергиенко, В. И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : [учеб. для мед. вузов] : в 2 т. Т. 1 / В. И. Сергиенко, Э. А. Петросян, И. В. Фраучи ; под ред. Ю. М. Лопухина. – 3-е изд., испр. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. 832 с. - URL : http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
4) Сергиенко, В. И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : [учеб. для мед. вузов] : в 2 т. Т. 2 / В. И. Сергиенко, Э. А. Петросян, И. В. Фраучи ; под ред. Ю. М. Лопухина. – 3-е изд., испр. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. 592 с. - URL : http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
5) Хирургические болезни : [учеб. для высш. проф. образования] / [М. И. Кузин, П. С. Ветищев, В. Н. Касян и др.] ; под ред. М. И. Кузина. – 4-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014.
6) Хирургические болезни [Электронный ресурс] : учебник : в 2 т. Т. 1 / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. – 2-е изд. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 719 с. : ил. – URL : http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
7) Хирургические болезни [Электронный ресурс] : учебник : в 2 т. Т. 2 / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. – 2-е изд. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 684 с. : ил. – URL : http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
8) Клиническая хирургия [Электронный ресурс] : нац. рук. : в 3 т. Т. 1 / [А. А. Адамян и др.] ; под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 858 с. : ил. – URL : http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
9) Клиническая хирургия [Электронный ресурс] : нац. рук. : в 3 т. Т. 2 / [А. М. Шулутко и др.] ; под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 825 с. : ил. – URL :

http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
10) Клиническая хирургия [Электронный ресурс] : нац. рук. : в 3 т. Т. 3 / [Е. В. Кижаев и др.] ; под ред. В. С. Савельева,
А. И. Кириенко. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. –
1002 с. : ил. – URL : http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
11) Сосудистая хирургия по Хаймовичу [Электронный ресурс] : [руководство : в 2 т.] Т. 1 / под ред. Э. Ашера ; пер. с
англ. под ред. А. В. Покровского. – Москва : БИНОМ. Лаб.
знаний, 2012. – 534 с. - URL :http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
12) Сосудистая хирургия по Хаймовичу [Электронный ресурс] : [руководство : в 2 т.] : Т. 2 / под ред. Э. Ашера ; пер. с
англ. под ред. А. В. Покровского. – Москва : БИНОМ.
Лаб. знаний, 2010. – 644 с. - URL :http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
13) Амбулаторно–поликлиническая онкология [Электронный ресурс] : рук. для врачей / Ш. Х. Ганцев, В. В.
Старинский, И. Р. Рахматуллина и др. – 2-е изд., перераб. и доп. –
Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 448 с. - URL :
http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
14) Анестезиология [Электронный ресурс] : нац. рук. / [А. А. Бунятян и др.] ; под ред. А. А. Бунятяна, В. М.
Мизикова.- Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 1004 с. : ил. - URL :
http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
15) Интенсивная терапия: нац. рук. : в 2 т. / Ассоц. мед. о-в по качеству ; гл. ред.: Б. Р. Гельфанд, А. И. Салтанов. - Т. 1.
- М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011.
16) Интенсивная терапия: нац. рук. : в 2 т. / Ассоц. мед. о-в по качеству ; гл. ред.: Б. Р. Гельфанд, А. И. Салтанов. - Т. 2.
М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011.
17) Интенсивная терапия [Электронный ресурс] : нац. рук. / под ред.: Б. Р. Гельфанда, А. И. Салтанова. – Москва :
ГЭОТАР-Медиа, 2011. –1744 с. – (Национальные руковод-
ства). – URL :http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
18) Детская хирургия [Электронный ресурс] : [учеб. для высш. проф. образования] / [А. Ф. Дронов и др.] ; под ред. Ю.
Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского. – Москва : ГЭОТАР-
Медиа, 2015. – 1040 с. - URL :http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
19) Клиническая фармакология [Текст] : нац. руководство / под ред. Ю. Б. Белоусова и др. ; Ассоц. мед. о-в по
качеству. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 965 с. + CD. - (Наци-
ональные руководства). - На обл. : Приоритетные национальные проекты "Здоровье".
20) Клиническая фармакология [Электронный ресурс] : нац. рук. / [А. В. Астахова и др.] ; под ред. Ю. Б. Белоусова [и
др.]. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 976 с. : ил. -
(Национальные руководства). - URL :http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/ Default.asp.
21) Белоусов, Ю. Б. Клиническая фармакология и фармакотерапия / Ю. Б. Белоусов. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : Мед.
информ. агентство, 2010.

22) Лекарственные препараты в России [Электронный ресурс] : справочник ВИДАЛЬ,
2016. – М., 2016. - URL : http://www.vidal.ru.
23) РЛС Энциклопедия лекарств [Текст] : ежегодный сборник / гл. ред. Г. Л. Вышковский.
- Москва : ВЕДАНТА, 2016. – 1176 с.- (Регистр лекарственных средств ;Вып 24).
24) РЛС Энциклопедия лекарств [Электронный ресурс] : ежегодный сборник / гл. ред. Г. Л. Вышковский. - Москва :
ВЕДАНТА, 2016. – 1176 с.- (Регистр лекарственных
средств ;Вып 24). - URL :http://www.rlsnet.ru.

25) РЛС Энциклопедия взаимодействий лекарственных препаратов [Текст] / под ред Г. Л. Вышковского, Е. Г.
Лобановой. - Москва : ВЕДАНТА, 2015. – 1552 с.
Дополнительная литература:
1) Беленков, Ю. Н. Функциональная диагностика сердечно-сосудистых заболеваний / Ю. Н. Беленков, С. К.
Терновой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 975 с.
2) Пропедевтика хирургии :избр. лекции : учеб. пособие для мед. вузов / Г. А. Бар-анов и др. ; под ред. В. К.
Гостищева, А. И. Ковалева. – М. : [б. и.], 2007.
3) Хирургические болезни: [учеб. для вузов] : в 2 т. Т. 1 / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. – Москва :
ГЭОТАР-Медиа, 2009.
4) Хирургические болезни: [учеб. для вузов] : в 2 т. Т. 1 / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. – Москва :
ГЭОТАР-Медиа, 2009.
5) Анестезиология и реаниматология [Текст] : [учеб. для высш. мед. учеб. заведений] /
[Бицунов Н. С., Блинов А. В., Бурлаков Р. И. и др.] ; под ред. О. А. Долиной. - 4-е
изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009.
6) Анестезиология и реаниматология [Электронный ресурс] : [учеб. для высш. мед. учеб. заведений] / под ред. О. А.
Долиной. – 4-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-
Медиа, 2009. – 571 с. : ил. - URL : http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
7) Анестезиология и интенсивная терапия в педиатрии : учебник / Агавелян Э. Г., Айзенберг В. Л., Белобородова Н. В. и др. ; под ред. В. А. Михельсона, В. А. Гребенникова. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва :МЕДпресс-информ, 2009.
26) Детская хирургия : нац. рук. : [учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей] / Ассоц. мед. о-в по качеству ; [А. Б. Алхасов и др.] ; под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009.
27) Детская хирургия [Электронный ресурс] : нац. рук. : [учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования
врачей] / [А. Б. Алхасов и др.] ; под ред. Ю. Ф. Исакова, А.
Ф. Дронова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1164 с. - URL :
http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
8) Общая хирургия: учеб. для студентов мед. вузов / под ред. Н. А. Кузнецова. –
Москва :МЕДпресс-информ, 2009. – 889 с. : ил., табл. – (Учебная литература).
9) Смолянинов, А. Б. Клинико-лабораторная и функциональная диагностика внутренних болезней [Электронный
ресурс] : учеб. пособие / А. Б. Смолянинов. – Санкт-Петербург :СпецЛит, 2009. – 144 с. : ил. - URL :
http://e.lanbook.com.
10) Ма, О. Дж. Ультразвуковое исследование в неотложной медицине [Электронный ресурс] / О. Дж. Ма, Дж. Р.
Матиэр, М. Блэйвес. – 2-е изд. (эл.). – Москва : БИНОМ.
Лаб. знаний, 2013. – 560 с.– (Неотложная медицина). - URL :
http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
11) 80 лекций по хирургии [Электронный ресурс] / [М. М. Абакумов, А. А. Адамян, Р. С. Акчурин и др.] ; под ред. С.
В. Савельева ; ред.-сост. А. И. Кириенко. – Москва : Лит-
терра, 2008. – 910 с. - URL :http: //marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
12) Ковалев, А. И. Хирургия: учеб. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013.
13) Петров, С. В. Общая хирургия : учеб. для мед. вузов с компакт-диском / С. В. Петров. - 3-е изд., перераб. и доп. -
М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007.
14) Gostishchev, V. K. General surgery : The manual / V. K. Gostishchev. – Moscow : GEOTAR-Media, 2007.
15) Gostishchev V. K. General surgery [Электронныйресурс] : The manual / V. K.
Gostishchev. - Москва : GEOTAR-Media, 2014. - 219 p. : ill. - URL :

http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp
16) Островерхов, Г. Е. Оперативная хирургия и топографическая анатомия [Текст] : [учеб. для мед. вузов] / Г. Е.
Островерхов, Ю. М. Бомаш, Д. Н. Лубоцкий. - 5-е изд., испр. -
Москва : Мед. информ. агентство, 2015. - 735 с. : ил.
17) Каган, И. И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Текст] : [учеб. для высш. проф. образования]. -
Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009.
18) Хирургические болезни : [учеб. для высш. проф. образования] : в 2 т. Т. 1 / Н. В. Мерзликин, Н. А.
Бражникова, Б. И. Альперович, В. Ф. Цхай. – Москва : ГЭОТАР-
Медиа, 2012.
19) Хирургические болезни : [учеб. для высш. проф. образования] : в 2 т. Т. 2 / Н. В. Мерзликин, Н. А.
Бражникова, Б. И. Альперович, В. Ф. Цхай. – Москва : ГЭОТАР-
Медиа, 2012.
20) Хирургические болезни [Электронный ресурс]: [учеб.-метод. пособие для высш. проф. образования] / [А. И.
Кириенко и др.]. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 184 с. –
URL : http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
21) Гвиннут К. Клиническая анестезия [Электронный ресурс] / К. Гвиннут ; пер. с англ. под ред. проф. С. В.
Свиридова. – 2-е изд. (эл.). – Москва : БИНОМ. Лаб. знаний,

2014. – 304 с. - URL : http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
22) Интенсивная терапия : современные аспекты : пер. с англ. / Дэррил Сью и др. ; под
ред. Д. Сью, Дж.Винч ; под общ. ред. Л.В. Колотилова. – Москва :МЕДпресс-
информ, 2008.
23) Интенсивная терапия в педиатрии :практ. рук. / В. И. Гребенников и др. ; под ред. В. А. Михельсона. - Москва :
ГЭОТАР-Медиа, 2007.
24) Хирургические болезни и интенсивная терапия неотложных состояний детского возраста. Разд. 9 : учеб.-метод.
пособие для лечеб. фак. / Рос. гос. мед. ун-т, Каф. дет. хирургии ;разраб. : С. Л. Коварский и др. ; под ред. А. В.
Гераськина. - Москва : РГМУ,
2008.
25) Острые хирургические заболевания : (метод. рек. для ординаторов, студентов 5 и 6 курсов) / РГМУ, каф.
госпит. хирургии №1 леч. фак. ; под ред. В. А. Ступина, В. В.
Лаптева. - 5-е изд., испр. и доп. - Москва : Мед. кн., 2010.
26) Плановая хирургия. Урология [Текст] : учебно-методическое пособие / Российский государственный
медицинский университет, Кафедра детской хирургии ; разраб.: Л. Б. Меновщикова и др. ; под ред. А. В.
Гераськина. - Москва : РГМУ, 2008. - 111 с.
27) Плановая хирургия, урология : учеб.-метод. пособие / Рос. гос. мед. ун-т, Каф. дет. хирургии ; [Л. Б. Меновщикова,
С. Л. Коварский, С. Г. Врублевский и др. ; под ред. А. В.
Гераськина, Т. Н. Кобзевой]. - Москва : РГМУ, 2010.
28) Острая абдоминальная патология [Электронный ресурс] : пер. с англ. / [Д. М. Клайн и др.] ; под ред. Д. М. Клайна,
Л. Стед. – 3-е изд. (эл.) – Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2014. – 296 с.– (Неотложная медицина). - URL :
http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
29) Ковалев, А. И. Стратегия и тактика неотложной абдоминальной хирургии / А. И. Ковалев. – Москва : БИНОМ.

Лаб. знаний, 2011.
30) Ковалев А. И. Стратегия и тактика неотложной абдоминальной хирургии [Электронный ресурс] / А. И. Ковалев. –
2-е изд. – Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2013. – 360 с. : ил. – URL : http://e.lanbook.com.
31) Неотложная и абдоминальная хирургия : метод. пособие / Рос. гос. мед. ун-т, каф. дет. хирургии ; [А. Н. Смирнов,
А. Ф. Дронов, Т. А. Госсан и др. ; под ред. А. В. Гераськина, Т. Н. Кобзевой]. – Москва : РГМУ, 2010.
32) Неотложная и абдоминальная хирургия. Разд. 4 : метод. пособие / Рос. гос. мед. ун-т, Каф. дет. хирургии ; разраб. :
Н. Д. Шумов и др. ; под ред. А. В. Гераськина. – М. :
РГМУ, 2008.
33) Здравый смысл Шайна в неотложной абдоминальной хирургии [Текст] : нетрадиционная книга для обучающихся и
думающих хирургов : пер. с англ. / М. Шайн и др. ; под ред. М. Шайна и др. - 3-е изд. - [Б. м.] : [б. и.], [2010?]. - 651
с. : ил. - Пер. изд.:
34) Schien's Common Sense Emergency Abdominal Surgery / M. Schein et. al. (Berlin, Heidelberg, Springer, 2010).
35) Хирургия рубцовых стенозов трахеи : руководство для врачей / [И. В. Мосин, Л. Н.
Бисенков, Б. Н. Котив и др.] ; под ред. Л. Н. Бисенкова. - Санкт-Петербург :Logos,
2012. - 143 с.
36) Лопухин, Ю. М. Экспериментальная хирургия : [руководство] / Ю. М. Лопухин, В. Г. Владимиров, А. Г. Журавлев
; под ред. Ю. Л. Шевченко. – 2-е изд., доп. – М. : Династия, 2011.
37) Руководство по экспериментальной хирургии [Текст] / Б. К. Шуркалин, В. А. Горский, А. П. Фаллер и др. - Москва
: Атмосфера, 2010. - 174 с.
38) Основы микрохирургии / А. Р. Говорков, Н. Л. Мартиросян, С. С. Давыдков, Ш. Ш. Элиава. – Москва : ГЭОТАР-
Медиа, 2009.
39) Микрохирургия аневризм головного мозга [Текст] / [А. Г. Винокуров, П. Г. Генов, И. М. Годков и др.] ; под ред. В.
В. Крылова. - Москва : ИП "Т. А. Алексеева", 2011. - 535
с.
40) Сарибекян, А. С. Хирургическое лечение геморрагического инсульта методом пункционной аспирации и
локального фибринолиза [Текст] / А. С. Сарибекян. - Москва :
Летопись, 2009. - 287 с.
41) Белов, Ю. В. Руководство по сосудистой хирургии с атласом оперативной техники [Текст]. - Москва : МИА,
2011. - 463 с.
42) Белов, Ю. В. Искусство коронарной хирургии : для целеустремленных / Ю. В. Белов. - М. : МИА, 2009.
43) Руксин, В. В. Неотложная кардиология : рук. для врачей / В. В. Руксин. - 6-е изд., перераб. и доп. - СПб. :
Невский Диалект, 2007 ; Москва : БИНОМ. Лаб. знаний :
ГЭОТАР-Медиа, 2007.
44) Стентирование венечных артерий при остром инфаркте миокарда - современное состояние вопроса / Л. А.
Бокерия, Б. Г. Алекян, Ю. И. Бузишвили и др. - М. : Медицина, 2007.
45) Крашутский, В. В. Гемостаз при тромбогеморрагических осложнениях консервативного и хирургического лечения
ишемической болезни сердца [Текст] / В. В. Крашутский, С. А. Белякин, А. Н. Пырьев. - Курск :Науком, 2010. - 423
с.

46) Малоинвазивные симптоматические операции у больных раком пищевода [Текст] / М. Д. Ханевич, Г. М.
Манихас, Н. А. Карачева и др. - Санкт-Петербург : Аграф +,
2009.
47) Хирш, Х. А. Оперативная гинекология : атлас : пер. с англ. / Х. А. Хирш, О. Кезер, Ф. А. Икле ; гл. ред. Кулаков В.
И.; отв. ред. Федоров И. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа,
2007. - 649 с.

48) Рыбаков, Г. Ф. Черепно-мозговая травма и клапанная с демпферным механизмом костесохраняющая хирургия
[Текст]. - Изд. 2-е, доп., уточн. - Чебоксары : Новое Время,
2012.
49) Шевцов, В. И. Чрескостный остеосинтез в хирургии стопы [Текст] : руководство для врачей / В. И. Шевцов, Г. Р.
Исмайлов. - Москва : Медицина, 2008. - 355 с.
50) Актуальные вопросы детской хирургии : методическое пособие для врачей
/Российский государственный медицинский университет, Кафедра детской хирургии ;
51) А. Ф. Дронов и др. ; под ред. А. В. Гераськина. - Москва : ГОУ ВПО РГМУ Росздрава,
2009.
52) Практическое руководство по детским болезням. Т. 13 : Основы детской хирургии : пособие для практикующих
врачей / под ред. А. В. Гераськина. - М. :Медпрактика-М,
2009.
53) Диагностика и интенсивная терапия в хирургии новорожденных : методические рекомендации / Российский
государственный медицинский университет ; [Т. В. Красов-
ская, Т. Н. Кобзева, Н. В. Белобородова, Ю. В. Жиркова]. - Москва : РГМУ, 2010. - 50 с.
54) Детская хирургия. Диагностика и интенсивная терапия неотложных состояний детского возраста: [учеб.-
метод. пособие для лечеб. фак.] / Рос. гос. мед. ун-т, каф. дет.
хирургии ; [С. Л. Коварский, Л. Б. Меновщикова, С. Г. Врублевский и др. ; под ред. А.
В. Гераськина, Т. Н. Кобзевой]. - Москва : РГМУ, 2010.
55) Хирургические болезни и интенсивная терапия неотложных состояний детского возраста. Разд. 9 : учеб.-метод.
пособие для лечеб. фак. / Рос. гос. мед. ун-т, Каф. дет. хи-
рургии ;разраб. : С. Л. Коварский и др. ; под ред. А. В. Гераськина. - Москва : РГМУ,
2008.
56) Разумовский, А. Ю. Хирургическое лечение портальной гипертензии у детей [Текст]. - М. : МИА, 2012.
57) Острые психические расстройства в интенсивной терапии [Текст] : практическое руководство для анестезиологов-
реаниматологов, хирургов, неврологов и психиатров /
[Г. Н. Авакян, М. В. Алексеев, О. Б. Букаев и др.] ; под ред. Б. Р. Гельфанда, В. Н.
Краснова. - Москва : МИА, 2014. - 226 с.
58) Петровский Б. В. Избранные труды / Б. В. Петровский. – Москва : Весть, 2008. – 893 с. : ил. – (Антология истории
русской хирургии; Т. IV).
59) Клиническая фармакология [Текст] : учебник для студентов медицинских вузов / В. Г. Кукес, Д. А. Андреев, В. В.
Архипов и др. ; под ред. В. Г. Кукеса. - 4-е изд., перераб. и
доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 1052 с. : ил. + CD.
60) Клиническая фармакология [Электронный ресурс] : [учеб. для мед. вузов] / [В. Г. Кукес и др.] ; под. ред. В. Г.
Кукеса. – 4-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-
Медиа, 2013. – 1052 с. : ил. – URL : http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/ Default.asp.

61) Антибактериальные препараты в клинической практике [Текст] : руководство / [Андреева В. И., Белькова Ю. А.,
Веселов А. В. и др.] ; под ред. С. Н. Козлова, Р. С. Козлова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010.
62) РЛС Фармацевтический энциклопедический словарь [Текст] / под ред Г. Л. Вышковского, Ю. А. Куликова. -
Москва : ВЕДАНТА, 2015. – 352 с.
63) Антибактериальные препараты в клинической практике [Текст] : руководство / [Андреева В. И., Белькова Ю. А.,
Веселов А. В. и др.] ; под ред. С. Н. Козлова, Р. С. Козлова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 227 с. : табл. - (Библиотека врача-специалиста : Клиническая фармакология. Терапия).

Приложение 1

1. Учитывая локализацию межрёберного сосудисто-нервного пучка, пункцию плевральной полости безопаснее проводить: а) во 2-3 межреберных промежутках по средней ключичной линии по нижнему краю ребра; б) в 7-8 межреберных промежутках по паравертебральной линии по верхнему краю ребра; в) в 7-8 межреберных промежутках по средней подмышечной линии по верхнему краю ребра.

2. При подозрении на несостоятельность швов желудочно-кишечного анастомоза следует выполнить: а) обзорную рентгенографию брюшной полости; б) контрастное рентгенологическое исследование культи желудка; в) ФГДС; г) УЗИ брюшной полости; д) лапароскопию.

3. Для лечения гиповолемии вначале используют: а) вазопрессоры; б) кардиотонические средства; в) плазмозаменители; г) эритромассу; д) донорскую кровь.

4. Назовите самый объективный показатель тяжести кровопотери: а) показатели гемоглобина, числа эритроцитов; б) показатели пульса и артериального давления; в) бледность кожных покровов; г) коллапс; д) дефицит глобулярного объема.

5. Лечение больного с пиопневмотораксом начинается: а) с противовоспалительного лечения; б) с вагосимпатической блокады; в) с плевральной пункции; г) с дренирования плевральной полости с постоянным промыванием плевральной полости; д) с торакотомии.

6. Наиболее глубокие ожоги пищевода вызываются: а) кислотами; б) щелочами; в) суррогатами спирта; г) фосфорорганическими соединениями; д) горячей водой.

7. Маршевая проба проводится с целью выявления: а) несостоятельности коммуникантных вен; б) проходимости глубоких вен нижних конечностей; в) недостаточности артериального кровообращения в нижних конечностях; г) тромбоза подколенной артерии; д) острого тромбофлебита.

8. Операция Кокетта заключается: а) в удалении подкожных вен методом тоннелирования; б) в удалении подкожных вен с помощью зонда; в) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом; г) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен; д) в субфасциальной перевязке коммуникантных вен.

9. Операция Маделунга заключается: а) в удалении подкожных вен из лампасных разрезов на бедре и голени; б) в удалении подкожных вен методом тоннелирования; в) в удалении подкожных вен с помощью зонда; г) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом; д) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен.

10. Секретин образуется: а) в двенадцатиперстной кишке; б) в печени; в) в поджелудочной железе; г) в дистальных отделах тонкой кишки; д) в гипоталамусе.

11. Злокачественную трансформацию наиболее часто претерпевают: а) язвы луковицы двенадцатиперстной кишки; б) постбульбарные язвы; в) язвы малой кривизны желудка; г) язвы большой кривизны желудка; д) язвы всех указанных локализаций.

12. При самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи тактика хирурга предусматривает: а) лапаротомию с ревизией органов брюшной полости; б) тщательное наблюдение за больным в условиях стационара; в) поставить очистительную клизму; г) возможность отпустить больного домой с повторным осмотром; д) назначить теплую ванну.

13. Для хирургического лечения прямой паховой грыжи целесообразнее всего применять операцию: а) Бассини; б) Мартынова; в) Жирара-Спасокукоцкого; г) Руджи-Парлавеччио; д) Ру.

14. При дифференциальной диагностики между пахово-мошоночной грыжей и водянкой оболочек яичек следует прибегнуть: а) к трансиллюминации и пальпации; б) к пункции; в) к перкуссии; г) к аускультации; д) к пальцевому исследованию прямой кишки.

15. Некротические изменения в стенке ущемленной кишки, как правило, начинаются: а) со слизистого слоя; б) с подслизистого слоя; в) с мышечного слоя; г) с субсерозного слоя; д) с серозного слоя.

16. Уровень амилазы в моче считается патологическим, если он составляет: а) 16 единиц; б) 32 единицы; в) 64 единицы; г) 128 единиц; д) 256 единиц.

17. Перемежающую желтуху можно объяснить: а) камнем в пузырном протоке; б) камнями в желчном пузыре с окклюзией пузырного протока; в) вклиненным камнем большого дуоденального сосочка; г) вентильным камнем холедоха; д) опухолью внепеченочных желчных протоков.

18. Множество мелких абсцессов в печени, как правило, развиваются: а) при остром деструктивном холецистите; б) при заползании аскарид во внутрипеченочные желчные протоки; в) при нагноении вокруг инородного тела печени; г) при нагноении паразитарной кисты печени; д) при тяжелом гнойном холангите.

19. Наибольшее нарушения водно-электролитного и белкового обмена имеют место: а) при спаечной кишечной непроходимости; б) при обтурационной кишечной непроходимости; в) при странгуляционной кишечной непроходимости; г) при паралитической форме динамической кишечной непроходимости; д) при спастической форме динамической кишечной непроходимости.

20. Синдром Меллори-Вейса это: а) разрыв слизистой кардиального отдела желудка; б) наличие «зеркальных» язв; в) стеноз привратника; г) повреждение слизистой антрального отдела желудка; д) стойкий спазм кардиального сфинктера.

21. При наличии нежизнеспособной петли тонкой кишки, выявленной во время операции, необходимо произвести резекцию приводящей петли, отступая от видимой границы некроза на расстояние: а) 5-10 см; б) 15-20 см; в) 25-30 см; г) 40-50 см; д) 60-70 см.

22. Узлообразование чаще наблюдается между: а) прямой и тонкой кишкой; б) нисходящей и сигмовидной кишкой; в) сигмовидной и тонкой кишкой; г) петлями тонкой кишки; д) слепой и тонкой кишкой.

23. У больного после резекции желудка возникла рвота типа «кофейной гущи». Ваша тактика: а) повторная лапаротомия; б) переливание эритромассы; в) введение аминокапроновый кислоты и хлористого кальция; г) промывание желудка; д) промывание желудка и фиброгастроскопия.

24. Во время операции по поводу острого аппендицита обнаружен рыхлый инфильтрат с формированием абсцесса. Ваша тактика: а) удаление червеобразного отростка, дренирование полости абсцесса; б) отграничивание инфильтрата тампонами и ушивание брюшной полости; в) дренирование полости абсцесса внебрюшинным доступом; г) новокаиновая блокада по Школьникову; д) лапаротомия, дренирование полости абсцесса.

25. При трудностях дифференцирования пахового лифмаденита от ущемленной бедренной грыжи, производится: а) пункция образования; б) сканирование изотопом галлия; в) лечение антибиотиками; г) ирригоскопия; д) операция.

26. При завороте желудка необходимо произвести: а) резекцию желудка; б) разворачивание заворота и фиксацию желудка к париетальной брюшине; в) разворачивание заворота и назогастральное дренирование; г) разворачивание заворота и селективно-проксимальную ваготомию; д) будете лечить больного консервативно.

27. При травме органов брюшной полости наиболее оптимальным хирургическим доступом служит: а) доступ по Кохеру, Федорову; б) торакоабдоминальный доступ; в) доступ по Черни; г) срединная лапаротомия; д) поперечная лапаротомия.

28. Пересечение желчных протоков в раннем послеоперационном периоде проявляется: а) механической желтухой; б) икотой; в) гнойным холангитом; г) желчеистечением; д) рвотой желчью.

29. При раке верхнего ампулярного отдела прямой кишки сочетающимся с солитарным метастазом в печени выполняется: а) низкая передняя резекция прямой кишки и химиотерапия; б) экстирпация прямой кишки по Кеню-Майлса; в) петлевая сигмостомия и химиотерапия; г) низкая передняя резекция прямой кишки и резекция печени; д) петлевая сигмостомия, эмболизация ветвей печеночной артерии и химиотерапия.

30. При переломах костей локтевого сустава при транспортировке больного необходима: а) повязка Дезо; б) фиксация шиной Крамера; в) фиксация на шине ЦИТО; г) фиксация шиной Ситенко; д) торакобрахиальная повязка.

31. Первым признаком острой ожоговой токсемии является: а) анемия; б) нормализация диуреза; в) повышение температуры тела; г) диспротеинемия; д) снижение АД.

32. Для утверждения диагноза анальной трещины достаточно: а) пальцевого исследования прямой кишки; б) колоноскопии; в) аноскопии; г) ирригоскопии; д) ректороманоскопии.

33. После геморроидэктомии наиболее частыми осложнениями являются: а) выраженный болевой синдром; б) задержка мочеиспускания; в) перианальный отек; г) кровотечение; д) острый парапроктит.

34. Геморроидальное кровотечение характеризуется выделением при акте дефекации: а) алой крови на поверхности кала; б) темной крови со сгустками; в) мелены; г) смешанной крови и кала со слизью; д) алой крови со сгустками.

35. Наиболее информативным методом диагностики паранефрита является: а) обзорная рентгенография мочевых путей; б) экскреторная урография; в) изотопная ренография; г) ультразвуковое исследование; д) паранефральная пункция.

36. Наиболее частой причиной внебрюшного разрыва мочевого пузыря является: а) ятрогенная травма; б) перелом костей таза со смещением; в) удар в живот при переполненном мочевом пузыре; г) падение с высоты; д) переполнение мочевого пузыря.

37. Возбудителем гидраденита чаще всего является: а) стрептококк; б) протей; в) стафилококк; г) синегнойная палочка; д) кишечная палочка.

38. При гнилостном парапроктите целесообразно применение: а) клафорана; б) гентамицина; в) вибрамицина; г) метрогила и клиндамицина; д) любого из перечисленных антибиотиков.

39. Наиболее рациональными путями введения антибиотиков при сепсисе являются: а) пероральный; б) внутримышечный и внутривенный; в) внутривенный и эндолимфатический; г) внутрикостный и внутримышечный; д) эндолимфатический.

40. Для септикопиемии характеры: а) общая слабость, истощение организма; б) метастазирование гнойных очагов в различные органы и ткани; в) резкая болезненность и бурное воспаление поверхностных гнойных метастазов; г) гектическая температура; д) относительное стихание процесса к концу образования гнойных метастазов.

41. Среди перечисленных антибиотиков наиболее сильно угнетает костный мозг: а) ампициллин; б) гентамицин; в) канамицин; г) левомицетин; д) кефзол.

42. Оптимальный возраст оперативного вмешательства при паховой грыже: а) 6 месяцев; б) 1 год; в) после установления диагноза; г) 3 года; д) 5 лет.

43. У ребенка аппендикулярный холодный инфильтрат, обнаруженный во время операции. Дальнейшая тактика предусматривает: а) разделение инфильтрата, аппендэктомию; б) применение марлевого тампона; в) применение резинового тампона; г) глухой шов раны, антибиотикотерапия и физиотерапия; д) выключение инфильтрата.

44. Ребенок в возрасте 3 лет направлен на госпитализацию с диагнозом острого аппендицита. При осмотре в приемном покое данных за острый аппендицит нет. Ребенка следует: а) отпустить домой; б) госпитализировать; в) отпустить домой, активный вызов педиатра поликлиники; г) отпустить домой, рекомендации повторного осмотра при появлении болей в животе; д) отпустить домой под наблюдение хирурга поликлиники.

45. Нормальный размер паращитовидной железы составляет около: а) 2х1х0,5 мм; б) 3х2х1,5 мм; в) 4х2,5х2 мм; г) 6х3х1,5 мм; д) 7,5х5х3 мм.

46. Осложнением сахарного диабета является «диабетическая стопа», в возникновении которой играют роль такие факторы: а) хроническая диабетическая невропатия; б) атеросклеротическая обструкция артерий; в) бактериальная инфекция; г) хроническая диабетическая невропатия и бактериальная инфекция; д) хроническая диабетическая невропатия, атеросклеротическая обструкция артерий и бактериальная инфекция

47. Под диабетической ангиопатией подразумеваем: а) генерализованное поражение кровеносных сосудов (крупного, среднего и мелкого калибра); б) поражение сосудов мелкого калибра; в) поражение сосудов среднего калибра; г) поражение сосудов крупного калибра; д) поражение сосудов мелкого и среднего калибра.

48. К облигатному предраку относится: а) неспецифический язвенный колит; б) болезнь Крона; в) гиперпластический колит; г) диффузный семейный полипоз; д) спастический колит.

49. Абсолютным противопоказанием к лучевому лечению является: а) пожилой возраст; б) молодой возраст; в) активный туберкулез; г) гипертоническая болезнь; д) беременность.

50. Механизм действия антиметаболитов заключается: а) в реакции алкилирования молекул ДНК; б) в нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты; в) в подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК-матрицы; г) в денатурация тубулина – белка микротрубочек; д) в образование сшивок молекул ДНК.

51. Эстрогены применяются: а) при раке предстательной железы; б) при злокачественной опухоли яичка; в) при раке яичников; г) при всех перечисленных опухолях.

52. Химиотерапия наиболее эффективна: а) при папиллярном раке щитовидной железы; б) при фолликулярном раке щитовидной железы; в) при низкодифференцированном раке щитовидной железы; г) эффективность не зависит от морфологической структуры.

53. Определяющая роль в возрастании заболеваемости населения раком легких принадлежит: а) генетическому фактору; б) профессиональным вредностям; в) курению; г) загрязнению атмосферы; д) хроническим воспалительным заболеваниям.

54. В качестве первых проявлений лимфогранулематоза наиболее часто отмечается увеличение: а) шейно-подключичных лимфоузлов; б) медиастинальных лимфоузлов; в) забрюшинных лимфоузлов; г) паховых лимфоузлов; д) всех групп лимфоузлов с одинаковой частотой.

55. Клиническими симптомом, наиболее рано возникающим при острой лучевой болезни, является: а) тошнота и рвота; б) лейкопения; в) эритема кожи; г) выпадение волос; д) жидкий стул.

56. Рентгенологические признаки воздуха или бария в желчном пузыре или желчных протоках свидетельствуют: а) о холедохолитиазе; б) о сальмонеллёзе желчного пузыря; в) о внутренней желчной фистуле; г) о желудочно-толстокишечной фистуле; д) о холецистите

57. При подозрении на кровотечение из язвы желудка следует произвести: а) гастродуоденоскопию; б) обзорную рентгеноскопию брюшной полости; в) лапароскопию; г) рентгеноскопию желудка; д) ангиографию.

58. Нейротоксическим действием обладают: а) пенициллин и линкомицин; б) кефзол и пенициллин; в) полимиксин и стрептомицин; г) стрептомицин и кефзол; д) линкомицин и стрептомицин.

59. По клиническим данным заподозрен спонтанный неспецифический пневмоторакс. В этом случае наиболее простым диагностическим методом является: а) торакоскопия; б) рентгеноскопия и рентгенография легких; в) плевральная пункция; г) сканирование легких; д) бронхоскопия.

60. Наиболее частыми причинами разрыва пищевода могут быть: а) эндоскопия; б) инородное тело; в) трахеостомия; г) интубация трахеи при наркозе; д) спонтанный разрыв.

61. Причиной тромбоэмболии легочной артерии наиболее часто является тромбофлебит: а) лицевых вен; б) глубоких вен нижних конечностей и вен малого таза; в) глубоких вен верхних конечностей; г) поверхностных вен нижних конечностей; д) поверхностных вен верхних конечностей.

62. Операция Линтона заключается: а) в удалении подкожных вен методом тоннелирования; б) в удалении подкожных вен с помощью зонда; в) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом; г) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен; д) в субфасциальной перевязке коммуникантных вен.

63. Операция Клаппа заключается: а) в удалении подкожных вен из лампасных разрезов на бедре и голени; б) в удалении подкожных вен методом тоннелирования; в) в удалении подкожных вен с помощью зонда; г) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом; д) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен.

64. Тампонирование подпеченочного пространства после холецистэктомии наиболее показано: а) при остром деструктивном холецистите; б) при неушитом ложе удаленного желчного пузыря; в) при возможности возникновения кровотечения из ложа желчного пузыря; г) при редких швах ложа удаленного желчного пузыря; д) тампон не ставят.

65. Наиболее достоверными клиническими проявлениями перфорации язвы желудка являются: а) рвота; б) желудочное кровотечение; в) напряжение передней брюшной стенки, отсутствие печеночной тупости; г) частый жидкий стул; д) икота.

66. Консервативное лечение перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки по Тейлору заключается: а) в применении щелочей и средств, снижающих перистальтику желудка; б) в периодическом (каждые 4-5 часов) зондировании желудка, внутривенном вливании жидкости и фармакологической блокаде блуждающего нерва; в) в постоянном промывании желудка охлажденным физиологическим раствором; г) в местной гипотермии и внутривенном вливании жидкости; д) в постоянной аспирации содержимого желудка, внутривенном введении жидкости, назначения антибиотиков.

67. Больной жалуется на наличие грыжи в паховой области. При ущемлении имеют место боли в надлобковой области, учащенные позывы на мочеиспускание. Наиболее вероятно у больного: а) грыжа запирательного отверстия; б) прямая паховая грыжа; в) бедренная грыжа; г) косая паховая грыжа; д) скользящая грыжа.

68. При выявлении нежизнеспособной петли кишки во время операции грыжесечения отводящий отрезок кишки должен быть резецирован, отступя от видимой границы некроза на расстояние: а) 5-10 см; б) 15-20 см; в) 25-30 см; г) 35-40 см; д) 45-50 см.

69. Шейка мешка бедренной грыжи расположена: а) впереди круглой связки; б) медиальнее бедренных сосудов; в) латеральнее бедренных сосудов; г) позади бедренных сосудов; д) медиальнее купферовской связки.

70. При остром панкреатите наибольшее количество активизированных панкреатических ферментов содержится: а) в артериальной крови; б) в венозной крови; в) в экссудате брюшной полости; г) в лимфе; д) в моче.

71. При ущемленном камне в области большого дуоденального сосочка следует: а) сделать дуоденотомию, извлечь камень и ушить кишку; б) наложить холедоходуоденоанастомоз; в) после дуоденотомии и извлечения конкремента дренировать холедох через культю пузырного протока; г) вскрыть холедох и попытаться удалить камень, при неудаче произвести дуоденотомию, удалить конкремент, наложить швы на рану 12-перстной кишки и дренировать общий желчный проток; д) наложить холедохоэнтероанастомоз.

72. Больная 50 лет, страдает калькулезным холециститом, сахарным диабетом и стенокардией напряжения. Наиболее целесообразно для нее: а) диетотерапия, применение спазмолитиков; б) санаторно-курортное лечение; в) плановое хирургическое лечение; г) лечение сахарного диабета и стенокардии; д) хирургическое лечение показано только по витальным показаниям.

73. Основным видом оперативного вмешательства при солитарных абсцессах печени является: а) резекция доли или сегмента печени; б) наложение билиодигестивного соустья; в) вскрытие и дренирование абсцесса; г) трансплантация печени; д) гемигепатэктомия.

74. При высокой тонкокишечной непроходимости комплекс лечебных мероприятий следует начинать: а) с хирургического вмешательства; б) с инфузионной терапии; в) с введения назогастрального зонда; г) с антибиотикотерапии; д) с применения препаратов антихолинэстеразного действия.

75. Наиболее тяжелой клинической формой кишечной непроходимости является: а) инвагинация; б) заворот; в) узлообразование; г) ущемленная грыжа; обтурация толстой кишки опухолью.

76. Оптимальным для промывания брюшной полости после удаления источника перитонита является объем жидкости: а) 1-2 литров; б) 4-6 литров; в) 8-12 литров; г) 14-16 литров; д) 18-20 литров.

77. У больного перфорация дуоденальной язвы, осложненная разлитым перитонитом. Следует выполнить: а) резекцию желудка по Бильрот-I; б) резекция желудка по Гофмейстеру-Финстереру; в) ушивание язвы, дренирование брюшной полости; г) селективную проксимальную ваготомию и пилоропластику; д) стволовую ваготомию и пилоропластику.

78. У больного 75 лет с продолжающимся кровотечением, а также тяжелыми сопутствующими заболеваниями показано: а) резекция желудка; б) прошивание кровоточащего сосуда; в) клиновидное иссечение язвы желудка; г) термокоагуляция кровоточащего сосуда с помощью фиброгастроскопа; д) консервативное лечение.

79. Основными признаками жизнеспособности кишки при ущемленной грыже является: а) перистальтика кишечной стенки; б) пульсация сосудов брыжейки; в) серозная оболочка блестящая, темно-вишневого цвета; г) розовый цвет кишечной стенки, блеск серозной оболочки, сохранение пульсации сосудов брыжейки и перистальтики кишечной стенки; д) блестящая серозная оболочка, сохраненная перистальтика кишечной стенки.

80. Ущемление дивертикула Меккеля наблюдается: а) грыже спигелиевой линии; б) грыже треугольника Пти; в) грыже Рихтера; г) грыже Литре; д) комбинированной паховой грыже.

81. Нарушение гемодинамики при остром панкреатите и первой фазе обусловлено: а) токсической дилатацией сосудов; б) резким повышением емкости портальной системы; в) повышением проницаемости сосудов и выходом жидкой части крови в межклеточное пространство; г) сердечной недостаточностью; д) перегрузкой правого сердца.

82. При ранениях тонкой кишки обоснованным является: а) ушивание ран; б) энтеростомия; в) резекция тонкой кишки; г) наложение трансверзоеюноанастомоз; д) выполнение операции Майдля.

83. При раке сигмовидной кишки, осложненном непроходимостью, целесообразна операция: а) левосторонняя гемиколэктомия; б) резекция сигмовидной кишки; в) цекостомия; г) операция Гартмана; д) трансверзостомия.

84. При отечной форме панкреатита во время лапароскопии можно обнаружить все следующие признаки, за исключением: а) отека малого сальника и печеночно-двенадцатиперстной связки; б) уменьшения в размерах желчного пузыря; в) выбухания стенки желудка кпереди; г) гиперемии висцеральной брюшины верхних отделов брюшной полости; д) серозного выпота в подпеченочном пространстве.

85. Абсолютным показанием для выполнения ампутации обожженной конечности или крупных ее сегментов является: а) полная гибель конечности (ее сегментов) в результате травмы; б) сдавление конечности циркулярным струпом; в) острый гнойный артрит; г) ампутация с целью уменьшения общей площади термического поражения и снижения интоксикации; д) с целью улучшения сердечной деятельности.

86. Для открытого лечения ожогов II степени лица и кистей предпочтение следует отдать: а) мази на основе полиэтиленгликоля; б) аэрозолям; в) биологическим покрытиям; г) раствору фурацилина; д) лазеротерапии.

87. Для диагностики рака прямой кишки в первую очередь необходимо произвести: а) пальцевое исследование прямой кишки и ректороманоскопию; б) анализ кала на скрытую кровь; в) лапароскопию; г) УЗИ органов малого таза; д) рентгенологическое исследование ободочной кишки.

88. Наиболее частыми осложнениями рака сигмовидной кишки являются: а) воспаление сигмовидной кишки; б) пенетрация опухоли в брыжейку; в) кишечная непроходимость; г) перфорация опухоли; д) профузное кишечное кровотечение.

89. Новокаиновая блокада по Лорин-Эпштейну (семенного канатика, круглой связки) является эффективной при почечной колике с локализацией камня: а) в почечной лоханке; б) в верхней трети мочеточника; в) в средней трети мочеточника; г) в нижней трети мочеточника; д) место локализации камня не имеет значения.

90. Ведущим симптомом при травме уретры является: а) макрогематурия; б) уретроррагия; в) задержка мочеиспускания; г) промежностная гематома; д) частое болезненное мочеиспускание.

91. Фурункул, как правило, вызывается: а) стрептококком; б) стафилококком; в) гонококком; г) синегнойной палочкой; д) протеем.

92. После установления диагноза острого гнойного медиастинита в первую очередь необходимы: а) массивная антибиотикотерапия; б) иммунотерапия; в) дезинтоксикационная терапия; г) хирургическое лечение; д) гемотрансфузия.

93. При септикопиемическом осложнении острого гематогенного остеомиелита гнойные очаги чаще локализуются: а) в печени; б) в легких; в) в селезенке; г) в головном мозгу; д) в сердце.

94. При синегнойном сепсисе целесообразно применять: а) оксациллин; б) фурагин калия; в) гентамицин и клиндамицин; г) метрогил; д) сульфаниламиды.

95. При локализации поддиафрагмального абсцесса сзади венечной связки абсцесс вскрывают: а) по Клермону; б) лапароскопическим способом; в) по А.В. Мельникову; г) через верхнесрединный доступ; д) пункцией и дренированием под контролем УЗИ.

96. У больного ребенка тяжелое состояние, выраженная дыхательная недостаточность, звонкий голос, периодически слышен симптом «хлопка». В данном случае речь идет: а) об инородном теле бронха; б) об инородном теле гортани; в) о фиксированном инородном теле трахеи; г) о баллотирующем инородном теле трахеи; д) об инородном теле пищевода.

97. Оптимальным возрастом больного для оперативного лечения хронической формы болезни Гиршпрунга является: а) 3-6 месяцев; б) до 1 года; в) до 3 лет; г) до 10 лет; д) до 15 лет.

98. Типичными местами расположения околощитовидных желез являются: а) передняя поверхность верхних полюсов обеих долей; б) передняя поверхность средних отделов обеих долей; в) передняя поверхность нижних полюсов обеих долей; г) задняя поверхность верхних и нижних полюсов обеих долей; д) загрудинное пространство.

99. Особенностью диабетической гангрены является распространение гнойно-некротического процесса: а) по связкам при хорошем состоянии кожных покровов; б) по сухожилиям при хорошем состоянии кожных покровов; в) по связкам и сухожилиям с нарушением состоянии кожных покровов; г) по связкам, сухожилиям и апоневрозу при относительно хорошей сохранности кожных покровов; д) по мышечным тканям.

100. Наиболее частым симптомом рака почки является: а) боль; б) пальпируемая опухоль; в) гематурия; г) слабость; д) ускоренная СОЭ.

Приложение 2

1. Положение в руке скальпеля.
2. Положение в руке пинцета.
3. Послойно зашить операционную рану. Наложить швы на кожу, мышцы.
4. Набрать необходимые инструменты.
5. Зарядить иглу в иглодержатель и нить в иглу. Назвать инструменты. Классификация игл.
6. Набрать инструменты для первичной хирургической обработки раны.
7. Завязать простой, морской, двойной хирургический и аподактильный узлы.
8. Классификация шовного материала.
9. Перечислить виды временной остановки кровотечения в ране. Набрать инструмент.
10. Перечислить виды окончательной остановки кровотечения в ране. Собрать инструмент.
11. Выполнить анестезию по типу "лимонной корочки".
12. Выполнить венепункцию. Собрать необходимое.
13. Показать технику инфильтрационной анестезии по Вишневскому.
14. Показать технику рассечения фасции.
15. Тампонада кровотечения в ране. Перечислить инструменты.
16. Набрать инструмент для лигирования сосуда в ране.
17. Набрать специальный инструмент для наложения сосудистого шва и шва нерва.
18. Выполнить пункцию плечевого сустава.
19. Выполнить пункцию локтевого сустава.

20. Выполнить пункцию коленного сустава.
21. Вскрыть тендовагинит II пальца кисти.
22. Вскрытие U-образной флегмоны.
23. Вскрытие комиссуральной флегмоны.
24. Операции при подногтевом панариции.
25. Выполнить анестезию пальца по Оберсту - Лукашевичу.
26. Показать проекцию и доступ к подмышечной артерии.
27. Показать проекцию и доступ к плечевой артерии.
28. Показать проекцию и доступ к лучевой и локтевой артерии.
29. Показать проекцию и доступ к бедренной артерии.
30. Показать проекцию и доступ к подколенной артерии.
31. Показать проекцию и доступ к большеберцовой и малоберцовой артерии.
32. Набрать и назвать специальный инструмент для трахеостомии.
33. Выполнить доступ для трахеотомии.
34. Показать места разрезов на лице с учетом проекции ветвей лицевого нерва.
35. Показать доступы для вскрытия гнойного паротита.
36. Показать точку выполнения вагосимпатической блокады по Вишневскому.
37. Показать доступ к щитовидной железе.
38. Показать выкраивание кожного лоскута на своде черепа.
39. Назвать и показать точки пункции перикарда.
40. Выполнить пункцию плевры при гидротораксе и пневмотораксе.
41. Показать доступы при интра- и ретромаммарном маститах.
42. Набрать специальный инструмент для поднадкостничной резекции ребра.
43. Техника выполнения пункции брюшной полости.
44. Показать доступ к пупочной грыже.
45. Показать доступ к паховой грыже.
46. Показать доступ к бедренной грыже.
47. Показать доступ к желчному пузырю.
48. Показать доступ при формировании гастростомы.
49. Показать доступ к селезенке.
50. Показать доступы к червеобразному отростку.
51. Наложить швы при пластике по Мейо.
52. Пластика Велти.
53. Пластика по Напалкову.
54. Наложить швы при пластике по Постемскому.
55. Наложить швы при пластике по Лихтенштейну.
56. Техника ТАРР.
57. Обработка кожного лоскута при аутодермальной пластике.
58. Техника пластики Rives – Stoppa.
59. Наложить швы при пластике по Сапежко.
60. Наложить швы при пластике по Лекслеру.
61. Наложить швы при пластике по Шолдайсу.
62. Показать срединную, параректальную, трансректальную лапаротомию.
63. Показать доступ к почке.
64. Показать доступ к мочеточнику.
65. Операция при водянке яичка.
66. Инструменты для ВЛА.
67. Инструменты для ВЛХЭ.
68. Техника наложения пневмоперитонеума.
69. Принцип работы видеокамеры и лапароскопа, изменение угла обзора.
70. Лапароскопический узел.
71. Показать доступ к матке.
72. Показать доступ к мочевому пузырю.
73. Выполнить шов паренхиматозного органа: печени, почки.
74. Выполнить технику ревизии брюшной полости при кровотечении.
75. Выполнить технику ревизии брюшной полости при повреждении стенки полого органа.
76. Ушить прободную язву желудка.
77. Выполнить мобилизацию тонкой кишки при ее резекции.
78. Выполнить мобилизацию толстой кишки при ее резекции.
79. Ушить рану толстой кишки.
80. Ушить рану тонкой кишки.
81. Наложить шов на наружную губу кишечного анастомоза.
82. Наложить шов на внутреннюю губу кишечного анастомоза.

83. Наложить кишечные швы при аппендэктомии.
84. Показать пункцию мочевого пузыря.
85. Косметический кожный шов, шов по Донати.

Приложение 3

1 Антисептика.Виды,иххарактеристикаи принципы применения. Санитарно-гигиенический режим в отделении хирургического профиля и операционного блока.

2 Асептика.Профилактикавоздушно-капельной, контактной,имплантационнойинфекции. Методы стерилизации инструментария, белья, объектов сани таро-гигиенического пользования в отделении и операционном блоке.

3 Бактериологический контроль в ЛПУ: хирургических отделениях (перевязочных, процедурных, столовой) и операционном блоке.

4 Обследование сотрудников хирургических отделений и операционных блоков на носительство патогенной флоры и их санация как перед поступлением на работу, так и в процессе трудовой деятельности.

5 Лечение разлитого гнойного перитонита.Программированнаялапаросанация. лапаростомия.Принципыкоррегирующейтерапии впослеоперационномпериоде.

6 Острыепарапроктиты.Классификация,этиология, клиника,диагностика,лечение.

7 Облитерирующиезаболеванияартерийнижнихконечностей.Клиника,диагностика,способыхирургического лечение заболеваний магистральных артерий.

8 Перитониты.Этиология,классификация, патогенез,клиника,диагностика,лечение.

9 Тромбоэмболические осложнения магистральных артерий нижнихконечностей.Клиника,диагностика,лечение, профилактика.

10 Острые и хронические гнойные воспаленияплевры.Этиология,патогенез,классификация, клиника,диагностикалечение.

11 Флеботромбоз глубоких вен нижних конечностей.Этиология,патогенез,клиника,диагностика, лечение.Посттромбофлебитический синдром.

12 Эхинококк печени.Циклразвитияпаразита,клиника, диагностика,дифференциальнаядиагностика, лечение.

13 Пневмоторакс. Гемоторакс. Этиология,классификация,патогенез,диагностика,первая помощь,лечение.

14 Ранениясердца:клиника,диагностика,лечение.

15 Эхинококкозлегких.Патогенез,клиника, диагностика,лечение.

16 Кровохаркание и легочное кровотечение;этиология,патогенез,клиника,дифференциальная диагностика,принципылечения.

17 Паховыегрыжи.Классификация паховых грыж по Nyhus. Традиционныеаутопластические и современные способыпластикипаховыхгрыж.

18 Ущемленныегрыжи.Виды атипических ущемлений.Патогенез,клиника,диагностикаиособенности хирургическойтактикиприущемленныхгрыжах.

19 Прободные язвы желудка и 12-п. кишки:этиология,клиника,диагностика,лечение.Виды оперативныхпособий. Атипические перфорации.

20 Острые гастро-дуоденатьные кровотеченияязвенной этиологии:этиология,клиника, эндоскопическаядиагностика,тактикалечения согласноклассификацииForrest.

21 Бедренные и пупочные грыжи. Грыжи белой линииживота.Диагностика.Клиника. Классическиеаутопластическиеспособы герниопластикиприэтихгрыжах.

22 Хроническаяязважелудкаи12-п.кишки: клиника,диагностикапилоруоденальногостеноза.Показаниякхирургическомулечению и виды операций.

23 Острая спаечная тонкокишечная непроходимость:классификация,патогенез,клиника,диагностика, лечение.

24 Острыйаппендицит;классификация,клиника, диагностика,показаниякхирургическому лечению.

25 Осложненияострогоаппендицита (аппендикулярныйинфильтрат,аппендикулярныйабсцесс,перфорация,перитонит).Клиника, диагностикаиметодылечения.

26 Особенностиклиникиострогоаппендицитау больных пожилого возраста, беременных и детей,а также в зависимости от расположениячервеобразного отростка. Диагностика и хирургическоелечение.

27 Острый холецистит: этиология, патогенез,классификация, клиника, диагностика,консервативная терапия и показания кхирургическомулечению.

28 Истинныеиложныекистыподжелудочнойжелезы.Ихосложнения, клиника, инструментальнаядиагностика и хирургическое лечение.

29 Варикозное расширение вен нижних конечностей:этиология,патогенез, клиника,диагностика, хирургическое лечение.

30 Раклегкого.Этиология,классификация,клиника, диагностика,принципылечения.

31 Ракжелудка.Классификация,клиника, диагностика.Методыхирургическоголечения.

32 Рак молочной железы. Клинические формы,стадии процесса, диагностика, дифференциальнаядиагностика.
Хирургические,химиотерапевтическиеирадиологическиеметодылечения.

33 Ракщитовиднойжелезы.Этиология, дифференциальнаядиагностика,лечение.

34 Рактолстойкишки:особенностиклиники рака правой и левой половины толстого кишечника.Инструментальныеметодыдиагностики и хирургические методы лечения.

35 Ракпрямойкишки:Классификация,особенности клинической картины в зависимости отлокализацииопухоли.Диагностика,хирургическое лечение.

36 Ракпищевода.Стадии,клиника,диагностика, лечение.

37 Внутрибрюшныеивнебрюшныеразрывы мочевогопузыря.Клиника,диагностика,лечение.

38 Торако-абдоминальныеранения.Особенности клиники.Принципыоказанияпервойпомощи.

39 Острыйпанкреатит.Классификация,патогенез.Клиника,диагностикаотечных форм панкреонекроза,объем консервативнойтерапии и хирургического лечения.

40 Реакцииосложненияпривлиниикрови.Классификация, клиника посттрансфузионныхреакцийобъемэкстреннойтерапевтической помощиприэтом.

41 Гнойный панкреатит. Клиника, диагностика,принципыхирургическоголечения,виды оперативныхпособий.

42 Диабетическая стопа. Классификация, клиника.Способыхирургическоголеченияиабетической стопы.Гангренастопы.

43 Травмыпечени и селезенки.Классификация,клиника,методы диагностикиииспособыхирургическоголечения.

44 Портальнаягипертензия.Кровотечениеиз варикознорасширенных вен пищевода и кардии.Клиника,диагностикаиметодыконсервативной терапии.Миниинвазивное хирургическое лечение.

45 Реинфузиякрови.Показания. Техника еисполнения.

46 Осложнения при переливании крови.Гемотрансфузионныйшок.Клиника,диагностика,объемпомощипостадиямгемотрансфузионного шока.

47 Срединные послеоперационные и рецидивные грыжи. Классификация по Chavrel-Rath. Современные способы лечения больших и гигантских грыж.

48 Ущемленная грыжа. Определение критерийжизнеспособностиущемленногооргана. Показаниякрезекцииущемленногооргана и способы восстановления ЖКТ.

49 Аневризмасердцаиаорты. Синдром Лериша. Осложнения,диагностика,методыхирургической коррекции.

50 Хронический калькулезный холецистит.Эндоскопическиеитрадиционныеметоды хирургическоголечения.

51 Желчекаменнаяболезнь.Традиционные иэндоскопические методы хирургическойкоррекции.Показаниякнаружномуи внутреннемудренированиюжелчевыводящих путей.

52 Механическаяжелтуха.Эндоскопические миниинвазивныеспособыдекомпенсациижелчевыводящихпутей. Медикаментозная терапия печеночной недостаточности.

53 Опухолеваямеханическаяжелтуха. Дифференциальная диагностика.

Объемхирургическойпомощи(традиционныеоперациии эндоскопические миниинвазивныевмешательства).

54 Геморрой. Эпителиальный копчиковый ход. Клиника. Диагностика. Лечение.
55 Болезнь Крона. Этиология, клиника, диагностика, лечение, лечение.
56 Неязвенные кровотечения. Геморрагические синдромы. Клиника, диагностика, лечение.
57 Эндоскопическая миниинвазивная хирургия. Диагностика и недостатки. Показания и осложнения при эндоскопических операциях.
58 Виды эндоскопических методов исследования. Показания к их применению. Их достоинства и осложнения.
59 Миниинвазивные методы гемостаза при портальной гипертензии и традиционные методы коррекции печеночной гипертензии.
60 Травмы печени. Клиника. Диагностика. Особенности лечения травм печени: миниинвазивные и традиционные методы.
61 Травмы селезенки: клиника, диагностика, лечение. Понятие аутотрансплантации селезенки.
62 Особенности диагностики «острого живота» в амбулаторных условиях.
63 Атипичные формы перфоративных язв желудка и 12 п.к. Клиника. Диагностика. Возникшие ошибки в диагностике и лечении.
64 Нарушения мезентериального кровоснабжения. Инфаркт кишечника. Клиника. Диагностика. Лечение.
65 Неспецифический язвенный колит. Дивертикулярная болезнь. Клиника, диагностика и лечение.
66 Современные способы герниопластики грыж передней брюшной стенки: эндопротезирование и аутодермопластика. Достоинства и недостатки.
67 Острая тонкокишечная непроходимость. Патогенез. Клиника. Инструментальная диагностика.
68 Ваготомия: виды, техника выполнения. Показания к той или другой разновидности ваготомии при лечении язвенной болезни.
69 Внутрибрюшные и диафрагмальные грыжи. Клиника. Диагностика. Лечение.
70 Традиционные аутопластические операции при больших и гигантских послеоперационных грыжах. Абдоминально-компрессионный синдром. Способы профилактики АКС (какими операциями).
71 Гнойные заболевания пальцев кистей. Клиника, диагностика. Методы вскрытия и дренирования.
72 Ожоговая болезнь. Клинические стадии. Особенности ожогового шока. Лечение. Показания к пересадке кожи.
73 Острая гнойная инфекция шеи и лица. Клиника, диагностика. Лечение. Опасности и осложнения.
74 Отморожения. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
75 Травмы полых органов брюшной полости. Клиника, диагностика. Виды оперативных вмешательств.

ПАТОЛОГИЯ

1. Основные понятия нозологии. Болезнь как нарушение гомеостаза.
2. Номенклатура и классификация болезней.
3. Общая этиология. Общий патогенез. Причинно-следственные взаимоотношения в патогенезе.
4. Венозная гиперемия. Причины, механизмы, последствия.
5. ДВС - синдром. Стадии. Патогенез.
6. Экссудация. Механизмы развития. Значение.
7. Фагоцитоз при воспалении. Причины эмиграции лейкоцитов в очаг воспаления. Механизмы фагоцитарной деятельности лейкоцитов.
8. Понятие об иммунном гомеостазе, механизмы гуморального и клеточного иммунитета.
9. Опухоли. Определение сущности опухолевого роста. Этиология опухолей. Современные теории опухолевого роста. Современная классификация опухолей. Принципы ее построения. Вторичные изменения в опухолях.
10. Доброкачественные, злокачественные и опухоли с местным деструирующим ростом. Критерии злокачественности. Понятие о рецидиве.

ПЕДАГОГИКА

1. Определите место педагогики в системе современного человекознания.
2. Назовите способы структурирования содержания образования и проиллюстрируйте их на примере.
3. Дайте характеристику законодательным актам в сфере образования.
4. Какие документы составляют нормативную основу образования?
5. Что означает понятие «обучение»? Как ваше собственное понимание этого понятия соотносится с его научной трактовкой?
6. В чем обнаруживается сходство и различие процессов обучения и лечения как древнейших видов гуманитарной практики?
7. Какие типы и виды обучения оптимальны на доклиническом и клиническом этапах медицинского образования?
8. В чем суть поэтапного формирования знаний и умений? Пояснить на примерах.
9. Какие требования к выбору форм организации познавательной деятельности обучаемых на учебном занятии существуют в дидактике?
10. Что лежит в основе классификации форм организации познавательной деятельности? Как связаны между собой формы организации познавательной деятельности и цели обучения?
11. От чего зависит выбор форм организации познавательной деятельности к конкретному занятию?
12. Какие формы обучения наиболее рационально использовать на разных этапах обучения в медицинском вузе и при обучении разных категорий обучаемых (медицинский персонал, пациенты, их родственники)?

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ТУБЕРКУЛЕЗ

1. Этиология, патогенез, патоморфология и эпидемиология туберкулеза. Классификация туберкулеза и методы обследования больных туберкулезом.
2. Основные клинические симптомы и синдромы легочного и внелегочного туберкулеза. Инструментальные и лабораторные методы диагностики туберкулеза.
3. Понятие об остропрогрессирующих формах туберкулеза. Особенности течения туберкулеза в современных условиях. Туберкулез и ВИЧ-инфекция.
4. Осложнения легочного и внелегочного туберкулеза. Диагностика и дифференциальная диагностика. Неотложные мероприятия при легочном кровотечении, спонтанном пневмотораксе, инфекционно-токсическом шоке.
5. Хирургические методы лечения легочного и внелегочного туберкулеза.

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. Медицинское право, как отрасль права.
2. Источники медицинского права.
3. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья.

4. Права и обязанности медицинских работников.
5. Понятие и виды медико-социальной помощи.
6. Особенности медицинской услуги
7. Особенности регулирования труда медицинских работников
8. Правонарушение и юридическая ответственность
9. Гражданско-правовая ответственность субъектов предоставления и оказания медико-социальной помощи.
10. Дисциплинарная ответственность медицинских работников.
11. Административная ответственность должностных лиц.
12. Уголовная ответственность медицинских работников.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

1. Дайте определение науки «Общественное здоровье и здравоохранение». Задачи общественного здоровья и здравоохранения. Объект изучения общественного здоровья и здравоохранения.
2. Какие методы используют при изучении общественного здоровья и здравоохранения?
3. Назовите главные критерии оценки эффективности системы здравоохранения.
4. Назовите базовые функции системы здравоохранения.
5. Дайте определения фактора риска. Перечислите факторы риска и кратко охарактеризуйте.
6. Дайте определение медицинской демографии и перечислите ее основные разделы.

7. Перечислите известные Вам исторически сложившиеся на этапах развития названия предмета Общественное здоровье и здравоохранение. С чем связано существование большого числа названий предмета?

8. Воспроизводство населения (естественное движение населения).
Общие и специальные показатели, методика расчета, анализ и оценка
9.Миграция населения: внешняя, внутренняя (урбанизация,
сезонная). Факторы, ее определяющие. Влияние миграции на здоровье населения
10. Естественный прирост населения, факторы на него влияющие.
Противоестественная убыль населения.
11. Дайте определения “заболеваемость”, распространенность болезней”,
патологическая пораженность”
12.От чего зависит полнота учета заболеваемости?

Министерство здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики
Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Медицинский факультет
Центр медицинского послевузовского образования

УТВЕРЖДАЮ
Министр здравоохранения ПМР
_____К.В.Албул
«_04_» _января_ 20_24_г.

СОГЛАСОВАНО
Ученым советом факультета
протокол № _5_
от «_29_» _декабря_ 20_23_г.
Председатель
Ученого совета факультета
_____Г.Н.Самко

ПРОГРАММА
ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ
образовательной программы
высшего образования- программы ординатуры

Специальность **31.08.17 ДЕТСКАЯ ЭНДОКРИНОЛОГИЯ**

Квалификация выпускника: Врач-детский эндокринолог
Трудоемкость: 108 часов-3з.е.
Сроки проведения: 24.06.24 – 6.07.24г.

Тирасполь, 2023

Программа итоговой государственной аттестации образовательной программы высшего образования- программы ординатуры по специальности 31.08.17 Детская эндокринология разработана в соответствии с Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.17 Детская эндокринология (утвержденным Приказом Министерства Просвещения Приднестровской Молдавской Республики № 65 от 28.07.2021г. «Об утверждении и введении в действие Государственного образовательного стандарта послевузовского профессионального образования - ординатуры)

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании кафедры Терапии с циклом фтизиатрии протокол №4 от «28» ноября 2023г.
Заведующий кафедрой Терапии с циклом фтизиатрии _____ Лосева Н.Г.

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УМК факультета

«12» декабря 2023 г. (протокол № 4)

Председатель УМК _____ (А.В. Васильчук)

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УС факультета

«29» декабря 2023г. (протокол № 5)

Председатель УС _____ (Г.Н. Самко)

Программу составили:

Врач-эндокринологи ГУ «Бендерский центр матери и ребенка»,

ассистент _____ Григорчук В.Г.

Содержание

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.
2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры
3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации.
4. Форма и структура итоговой государственной аттестации.
4.1 Форма итоговой государственной аттестации.
4.2 Трудоёмкость итоговой государственной аттестации.
4.3 Структура итоговой государственной аттестации.
5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.
6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации.
6.1 Критерии оценки результатов тестирования
6.2 Критерии оценки практических навыков и умений.
6.3 Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.
7. Содержание государственного экзамена.
7.1 Тестирование
7.2 Практические навыки.
7.3. Устное собеседование
8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

Приложения

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.

Цель - определение соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры требованиям Государственному образовательному стандарту послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.17 «Детская эндокринология».

Задачи:

— установление уровня подготовки выпускника к выполнению профессиональных задач (оценка степени сформированности всех компетенций, предусмотренных Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.17 «Детская эндокринология», характеризующих готовность выпускников к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации - врач-детский эндокринолог).

— принятие решения о выдаче обучающемуся, успешно прошедшему итоговую государственную аттестацию по программе ординатуры, диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации.

2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры

Итоговая государственная аттестация относится к базовой части программы - Блок 3. итоговая государственная аттестация и завершает процесс освоения имеющих государственную аккредитацию образовательных программ ординатуры.

Итоговая государственная аттестация образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.17 «Детская эндокринология» завершается присвоением квалификации " врач-детский эндокринолог ".

3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путём обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- физические лица женского пола (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку готовности выпускников, освоивших программу ординатуры, к следующим видам профессиональной деятельности:

— профилактическая;
— диагностическая;
— лечебная;
— реабилитационная;
— психолого-педагогическая;
— организационно-управленческая.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

а) готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу -УК1;

б) готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные,

этнические, конфессиональные и культурные различия -УК2;

в) готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование-УК3.

Профессиональные компетенции (ПК):

а) профилактическая деятельность:

1) готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний у детей и подростков, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания -ПК1;

2)готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации иосуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками -

ПК2;

3) готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения вочагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иныхчрезвычайных ситуациях - ПК3;
4) готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медикостатистическогоанализа информации о показателях здоровья детей и подростков - ПК4;

б) диагностическая деятельность - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромовзаболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификациейболезней и проблем, связанных со здоровьем - ПК5;

в) лечебная деятельность:

1) готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании эндокринологической медицинской помощи - ПК6;

2) готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию вмедицинской эвакуации - ПК7;

г) реабилитационная деятельность - готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментознойтерапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации исанаторно-курортном лечении -ПК8;

д) психолого-педагогическая деятельность - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленнойна сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих -ПК9;

е) организационно-управленческая деятельность:

1) готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраныздоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях - ПК10;

2) готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованиемосновных медико-статистических показателей - ПК11;

1) готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числемедицинской эвакуации - ПК12.

4.Форма и структура итоговой государственной аттестации

4.1.Форма итоговой государственной аттестации

Итоговая государственная аттестация обучающихся по образовательной программе ординатуры 31.08.17 «Детская эндокринология» проводится в форме государственного экзамена.

4.2.Трудоёмкость итоговой государственной аттестации

Объем итоговой государственной аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) - сдачу государственного экзамена.

4.3.Структура итоговой государственной аттестации

В Блок 3 " Итоговая Государственная аттестация" входят подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена. Перед государственным экзаменом по специальности для ординаторов проводятся предэкзаменационные консультации по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в три этапа:

1 этап - тестирование, проводится для получения сертификата специалиста, имеет целью определить готовность специалиста к самостоятельной профессиональной (медицинской) деятельности (согласно Приказу Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 31.05.2022г №477 «Об утверждении Порядка приема граждан на обучение по образовательным программам послевузовского профессионального образования – программам ординатуры, а также Порядка реализации образовательных программ послевузовского профессионального образования – программ ординатуры» (регистрационный № 11145 от 15 июля 2022 года) (САЗ 22-27)). Во время тестирования обучающийся выбирает правильный(е) ответ(ы) из предложенных нескольких вариантов ответов. Каждый обучающийся отвечает на 100 тестовых вопросов, на решение которых отводится 120 минут(2 астрономических часа).

2 этап - оценка практических навыков и умений - состоит из демонстрации практических навыков и умений, приобретенных в результате освоения программы ординатуры.

3 этап – устный экзамен по дисциплине Детская эндокринология с целью определения сформированности профессиональных компетенций выпускника, профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения. Каждый билет состоит из пяти теоретических вопросов, в процессе проведения государственного экзамена обучающемуся могут быть заданы уточняющие или дополнительные вопросы в рамках билета. На подготовку к ИГА ординатору выделяется 2 недели. После выбора билета ординатор готовится к ответу 30 минут, отвечает согласно регламенту 20 минут. По решению комиссии обучающийся может быть освобожден от необходимости полного ответа на вопрос билета, уточняющий или дополнительный вопрос.

Этапы государственного экзамена	Компетенции, которые оцениваются в ходе этапа
1 этап - в форме тестирование	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7 ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
2 этап - оценка практических навыков и умений	
3 этап – устный экзамен по дисциплине	

5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.

Проведение ИГА определяется календарным учебным графиком, выполнением индивидуального плана ординатора и расписанием ИГА.

Перед итоговой государственной аттестацией обучающиеся должны ознакомиться с программой ИГА. Подготовка к государственному экзамену может проводиться в формах, как устного повторения пройденных дисциплин (с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д.), так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.

6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации. Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

6.1. **Критерии оценки результатов тестирования**

Подведение итогов 1 этапа в форме тестирования. Результат решения тестов оценивается по ятибалльной системе:

- 49% и менее правильных ответов - «неудовлетворительно»;
- 50% - 70% - «удовлетворительно»;
- 71% - 84% - «хорошо»;
- 85% - 100% - «отлично».

6.2. Критерии оценки практических навыков и умений

Результаты 2 этапа определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол ИГА. Обучающиеся, получившие оценку «неудовлетворительно» к 3 этапу государственного экзамена не допускается, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений;

- «хорошо» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет;

- «удовлетворительно» - обучающийся обладает удовлетворительными теоретическими знаниями - знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний - не знает методики выполнения, практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и т.д.; и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

6.3 Подведение итогов 3 этапа квалификационного экзамена в форме устного собеседования. Результат решения тестов оценивается по пятибалльной системе:

— оценки «отлично» заслуживает обучающийся, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, демонстрирующий клиническое мышление, владеющий методами диагностики, принципами лечения,

реабилитации больных, оказанием неотложной помощи при угрожающих жизни ситуациях, умеющий ориентироваться в профессиональной среде, вести аргументированную дискуссию;

— оценки «хорошо» заслуживает обучающийся, обнаруживший полные знания учебно-программного материала, успешно выполняющий предусмотренные экзаменом задания, владеющий на достаточном уровне сформированными компетенциями в области всех видов деятельности.

— оценки «удовлетворительно» заслуживает обучающийся, обнаруживший знание учебно-программного материала в объеме, необходимом для дальнейшей профессиональной деятельности, но допускающий неточности в отдельных видах заданий, предусмотренных программой ИГА, имеющий слабое развитие отдельных компетенций;

— оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, обнаружившему существенные пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой ИГА заданий; у обучающегося не сформированы компетенции, характеризующие профессиональную деятельность специалиста.

7. Содержание государственного экзамена

7.1.Тестировние: Приложение 1
7.2.Практические навыки: Прилодение 2
7.3 Устное собеседование Приложение 3

8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

1. Руководство по детской эндокринологии [Текст] / под ред. Ч. Г. Д. Брука, Р. С. Браун ; пер. с англ. под ред. В. А. Петерковой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 342 с. : ил. - Предм. указ.: с. 334-342. - Пер. изд. : Handbook of Clinical Pediatric Endocrinology /ed. by C. G. D. Brook, R. S. Brown (Blackwell).
2. Эндокринология [Текст] : учеб. для студентов мед. вузов / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, В. В. Фадеев. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007.
3. Клиническая эндокринология [Электронный ресурс] : крат. курс : учеб.-метод. пособие / В. В. Скворцов, А. В. Тумаренко. – Санкт-Петербург : Спец-Лит, 2015. – 186 с. – Режим доступа: http://e.lanbook.com.
4. Педиатрия [Текст] : нац. руководство : в 2 т. Т. 1 / [Р. И. Аванесян, Т. Г. Авдеева, Е. И. Алексеева и др.]. ; подгот. под эгидой Союза педиатров России и Ассоц. мед. о-в по качеству. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 1017 с. : [26] л. ил., ил. + CD. - На обл. : Национальный проект "Здоровье". Союз педиатров России.
5. Клиническая эндокринология [Электронный ресурс] : крат. курс : учеб.-метод. пособие / В. В. Скворцов, А. В. Тумаренко. – Санкт-Петербург : Спец-Лит, 2015. – 186 с. – Режим доступа: http://e.lanbook.com. Удаленный доступ
6. Педиатрия [Текст] : нац. руководство : в 2 т. Т. 1 / [Р. И. Аванесян, Т. Г. Авдеева, Е. И. Алексеева и др.]. ; подгот. под эгидой Союза педиатров России и Ассоц. мед. о-в по качеству. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 1017 с. : [26] л. ил., ил. + CD. - На обл. : Национальный проект "Здоровье". Союз педиатров России. 1
7. Педиатрия [Текст] : нац. руководство : в 2 т. Т. 2 / [О. Е. Агранович, Н. А. Аклаева, В. А. Аксенова и др.]. / подгот. под эгидой Союза педиатров России и Ассоц. мед. о-в по качеству. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 1023 с. : [23] л. ил., ил. + CD. - На обл. : Национальный проект "Здоровье". Союз педиатров России. 1

8. Педиатрия [Электронный ресурс] : нац. рук. : в 2 т. Т. 1 / под ред. А. А. Баранова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1017 с. : ил. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp. Удаленный доступ
9. Амбулаторная неонатология [Электронный ресурс] : формирование здоровья ребенка первого года жизни : практ. рук. для врачей-педиатров первич. звена здравоохранения, врачей общ. практики, семейн. врачей / Л. И. Захарова, Д. В. Печкуров, Н. С. Кольцова. – Москва : Медпрактика-М, 2014. – 296 с. - Режим доступа: http://books-up.ru. Удаленный доступ
10. Педиатрия [Электронный ресурс] : нац. рук. : в 2 т. Т. 2 / под ред. А. А. Баранова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1024 с. : ил. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp. Удаленный доступ
11. Педиатрия [Текст] : справ. практ. врача / К.И. Григорьев. - М. : МЕДпрессинформ, 2008.

Приложение 1

1.Болезнь Иценко-Кушинга:

1.в большинстве случаев проявляется ожирением с перераспределением жировой клетчатки, гирсутизмом, гипертрихозом
2.ведет к появлению розовых или белесых стрий с "плюс-тканью"
3.характеризуется нормальным или сниженным АД
4.проявляется ахилией, снижением аппетита
5.характеризуется частыми гипогликемиями

2.Синдром Кушинга:
1.результат избыточной продукции АКТГ
2.следствие гиперальдостеронизма
3.сопровождается двусторонней гиперплазией коры надпочечников
4.связан с аденомой или аденокарциномой пучковой зоны коры надпочечников
5.обусловлен аденомой сетчатой зоны коры надпочечников

3.Кортикоэстрома - это:
1.опухоль передней доли гипофиза
2.опухоль яичника
3.опухоль яичка
4.андрогенизирующая опухоль надпочечников
5.феминизирующая опухоль надпочечника

4.Андростерома - это:
1.опухоль клубочкового слоя коры надпочечников
2.опухоль сетчатой зоны коры надпочечников
3.опухоль передней доли гипофиза
4.опухоль пучковой зоны коры надпочечников
5.опухоль яичка

5.Синдром Конна - это:
1.первичный гиперальдостеронизм
2.вторичный гиперальдостеронизм
3.юношеский гиперкортицизм
4.первичный гипокортицизм
5.вторичный гипокортицизм

6.Какой препарат по рекомендации ВОЗ применяется для групповой профилактики йоддефицита ?
1.калия йодид
2.йодказеин
3.йодат калия
4.левотироксин
5.ламинарин

7.Какой показатель позволяет наиболее точно установить диагноз сахарного диабета 1 типа ?
1.низкий уровень С-пептида в плазме
2.низкий уровень ИРИ в плазме
3.наличие кетоновых тел в моче
4.наличие GAD64 антител в крови
5.уровень глюкозы в плазме выше 11,1 ммоль/л

8.Какая шприц-ручка предназначена для введения инсулина актрапид в картриджах ?
1.ОптиПен
2.ХумаПен
3.НовоПен
4.АутоПен
5.ОптиСет

9.Какова длительность действия инсулина детемир ?
1.12-16 часов

2.14-20 часов
3.12-22 часа
4.8-16 часов
5.20-24 часа

10.Детемир и Лантус - это инсулины:
1ультракороткого действия
2короткого действия
3среднего действия
4сверхдлительного действия
5беспиковые продленные

11.Хумулин НПХ, Инсуман базал и Протафан - это инсулины:
1ультракороткого действия
2короткого действия
3среднего действия
4сверхдлительного действия
5беспиковые продленные

12.Актрапид, Хумулин регуляр, Инсуман рапид - это инсулины:
1ультракороткого действия
2короткого действия
3среднего действия
4сверхдлительного действия
5беспиковые продленные

13.Небидо - это препарат для лечения:
1надпочечниковой недостаточности
2несахарного диабета
3болезни Иценко-Кушинга
4гипогонадизма
5соматотропной недостаточности

14.Из перечисленных ниже веществ осмолярность крови повышает:
1белок
2цинк
3медь
4натрий
5холестерин

15.Болезнь Иценко-Кушинга вызвана активацией:
1соматотрофов
2лактотрофов
3кортикотрофов
4гонадотрофов
5всех названных клеток

16.Назовите, какое из перечисленных названий диабетических ком является ошибочным:
1гипергликемическая
2кетоацидотическая
3гиперосмолярная
4гипогликемическая
5молочно-кислая
6молочно-кислая

17.ИФР-1 - это:
1метаболит гормона роста
2рецептор к гормону роста
3посредник гормона роста
4прогормон
5фермент

18.ИФР-1 образуется в:
1сердечной мышце
2почках
3надпочечниках
4аденогипофизе
5печени

19.Синтез ИФР-1 стимулируется:
1соматотропином
2кортикотропином
3пролактином
4кортиколиберином
5соматостатином

20. У девочки 14 лет, имеющей избыток массы и не предъявляющей никаких жалоб, дважды обнаружено повышение уровня гликемии натощак до 7,2 и 6,9 ммоль/л соответственно.
Ваше заключение?
1Патологии нет
2Нарушение гликемии натощак
3Сахарный диабет, тип 1
4Сахарный диабет, тип 2
5Нарушенная толерантность к глюкозе

21.Ребенок с зобом II степени.
Назовите комплекс методов исследования, необходимых для верификации диагноза?
а) УЗИ щитовидной железы
б) Пункционная биопсия щитовидной железы
в) Определение в крови концентрации ТТГ, сводных Т3 и Т4
г) Определение в крови антител к тиреоглобулину и тиреопироксидазе
д) Определение в крови общего белка и белковых фракций
1а,б,в,г
2а,в,д
3г,д
4а,в,г,д
5а,б,в,г,д

22.Мальчика 5 лет с правосторонним паховым крипторхизмом беспокоят боли в области задержанного яичка.
Определите вариант лечения на данный момент?
1Немедленная хирургическая операция
2Терапия препаратами человеческого хорионического гонадотропина
3Терапия препаратами андрогенов
4Терапия преднизолоном
5Теплые сидячие ванны на ночь

23 Девочка 10 лет с сахарным диабетом 1 типа.
Получает перед основными приемами пищи Хумалог, перед сном - Лантус. Жажда в ночное время.
Препрандиальная гликемия и гликемия в 22-00 в пределах 10-12 ммоль/л, через 2 часа после еды - 4,5-5,6 ммоль/л.
Какую коррекцию в инсулинотерапии следует произвести?
1Увеличить дозу Лантуса
2Уменьшить дозу Лантуса
3Увеличить дозы и Лантуса и Хумалога
4Уменьшить дозу Хумалога
5Увеличить дозу Хумалога

24.У ребенка 9 лет эндемический (йоддефицитный) зоб I степени, эутиреоз.
Определите наиболее рациональную тактику?
1Терапия левотироксином в супрессивных дозах
2Лечение левотироксином с последующим переходом на препараты калия йодида

3Лечение препаратами калия йодида в дозе 200 мкг/день до ликвидации зоба, затем этот же препарат в дозе 100 мкг
4Наблюдение
5Струмэктомия

25.Ребенок 13 лет с сахарным диабетом I типа. Получает Новорапид и Протафан. Гликемия натощак всегда высокая. Неоднократные попытки увеличить дозу Протафана приводили к еще большему её нарастанию. Укажите наиболее вероятную причину высокой гликемии натощак?
1Недостаточная доза инсулина
2Пубертатный период
3Низкое качество препаратов инсулина
4Избыточная доза инсулин
5Переедание

26.У 5-летней девочки 2 года назад началось развитие грудных желез. Имеет внутричерепную гипертензию. В течение 2 лет получает диферилин 3,75мг, без эффекта.
Уровни ФСТ и ЛГ в крови не повышены. Содержание эстрадиола соответствует норме взрослых женщин. По данным УЗИ - увеличение левого яичника и матки.
Ваш диагноз?
1Истинное преждевременное половое развитие, церебральная форма
2Кортикоэстрома
3Аденома левого яичника
4Гинекомастия
5Мастопатия

27. Мальчик 15 лет. В 5 лет произведена орхиопексия слева.
Имеет хорошо развитые вторичные половые признаки. Левое яичко маленькое, дряблое. Размеры правого яичка соответствуют возрасту, консистенция эластичная.
Ваш диагноз?
1Первичный гипогонадизм
2Вторичный гипогонадизм
3Состояние после левосторонней орхиопексии. Гипоплазия правого яичка
4Ложный мужской гермафродитизм
5Левосторонний крипторхизм

28Ребенок в диабетическом кетоацидозе.
Определите наиболее эффективный способ инсулинотерапии?
1По 0,1 ед/кг быстродействующего инсулина ежечасно подкожно
220 ед быстродействующего инсулина подкожно однократно
3По 0,1 ед/кг быстродействующего инсулина ежечасно внутривенно капельно под ежечасным контролем гликемии
4По 0,1 ед/кг быстродействующего инсулина ежечасно внутримышечно
5Одна инъекция пролонгированного инсулина в момент диагностики

29. Вопрос:
Подросток 13 лет в течение года страдает диффузным токсическим зобом. Лечится нерегулярно, больным себя не считает. На данный момент - ярко выраженная симптоматика тиреотоксикоза.
Определите наиболее оптимальную тактику?
1продолжать настаивать на необходимости продолжения длительной антитиреоидной терапии
2добиться состояния медикаментозной ремиссии и прооперировать
3прооперировать немедленно
4проводимую антитиреоидную терапию дополнить назначением препаратов левотироксина
5проводимую антитиреоидную терапию дополнить йодсодержащими препаратами

30Вопрос:
Девочка 3 лет. С рождения отстает в физическом развитии. Любит соленую пищу. Необычно тяжело переносит вирусные инфекции. Запоры, брадикардия, полиурия. Гормональный профиль: свободный Т4 - 9,3 рМ - снижен, ТТГ - 0,1 мМЕ/л - снижен, кортизол - 158 нмоль/л - снижен, эстрадиол - 0,0 нмоль/л. Гликемия натощак - 3,2 ммоль/л. Удельный вес мочи в течение суток 1001,0 - 1007,0
Ваш диагноз?
1Межуточно-гипофизарная недостаточность с дефицитом СТГ, ТТГ, АКТГ, несахарный диабет нейрогенная форма.
2Соматогенный нанизм

3Сахарный диабет тип 1
4Первичный врожденный гипотиреоз
5Первичный гипогонадизм

31.Вопрос:
Больной 16 лет. Рост соответствует 8 годам, костный возраст - 7-8 годам. Масса избыточна. Телосложение пропорциональное. Кожа суховата, волосы сухие, ломкие, ногти с поперечной исчерченностью. Зябкость, запоры. Пульс - 58 в мин. АД - 90/60 мм. рт. ст. Вторичных половых признаков нет, яички дряблой консистенции, гипоплазированы.
Ваш предположительный диагноз?
1Церебрально-гипофизарный нанизм
2Изолированный дефицит СТГ
3Соматогенный нанизм
4Семейная низкорослость
5Синдром Нунан

32Вопрос:
Мальчик 8 лет. 2-3 недели назад появились жажда, частое мочеиспускание, похудел. Последние 2 дня стал вялым, заторможенным, появились тошнота и рвота. Час назад потерял сознание.
Дыхание шумное "куссмаулевское", гиперемия щек, сухость кожи. Запах ацетона. Язык "малиновый", сухой. Печень +3см.
Обследование должно быть направлено в первую очередь на исключение:
1Диабетической гипергликемической комы
2Диабетической гипогликемической комы
3Острой легочно-сердечной недостаточности
4Менингококкового менингита
5Ацетонемической рвоты

33Вопрос:
Больная 12 лет. Страдает сахарным диабетом 4 года. Получает инсулинотерапию. Во время урока физкультуры потеряла сознание, были кратковременные судороги. Кожа влажная.
У ребенка вероятнее всего:
1Диабетическая гипергликемическая кома
2Диабетическая гипогликемическая кома
3Острая легочно-сердечная недостаточность
4Менингококковый менингит
5Ацетонемическая рвота

34Вопрос:
Девочка 2 месяцев. С рождения неправильное строение наружных половых органов, срыгивания, рвота "фонтаном", поносы. Гипотрофия степени, обезвоживание, гиперкалиемия. Два предыдущих ребенка в семье погибли на 1 году жизни от кишечной инфекции.
Ваш диагноз?
1Врожденная дисфункция коры надпочечников, простая вирильная форма
2Врожденная дисфункция коры надпочечников, сольтеряющая форма
3Врожденная дисфункция коры надпочечников, гипертоническая форма
4Ложный мужской гермафродитизм
5Синдром Шершевского-Тернера

35 Вопрос:
Больная 14 лет. Год назад резко поправилась, рост замедлился
Вторичные половые признаки выражены слабо, menses нет. На коже бедер, живота, молочных желез широкие багровые стрии. АД - 130/80 мм.рт.ст. Тест толерантности к глюкозе: натощак - 4,5 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки глюкозой - 8,6 ммоль/л. КТ: гиперплазия обоих надпочечников. Уровень кортизола в крови в 8 часов - 1060 нг/л (норма - 260-720 нг/л), в 14 часов - 1250 нг/л.
Ваш диагноз?
1Гипоталамический синдром пубертатного периода
2Экзогенно-конституциональное ожирение
3Болезнь Иценко-Кушинга
4Церебральное ожирение
5Экзогенно-конституциональное ожирение

36Вопрос:

Больная 12 лет. Низкорослость. Зоны роста закрыты. Половое оволосение по мужскому типу, появилось в 3 года. Бреется. Молочные железы не развиты. Пенисообразный клитор с головкой, большие половые губы складчаты. Яички не пальпируются. При УЗИ обнаружены матка, трубы, яичники. Кариотип 46/XX. Уровень тестостерона в крови резко повышен.
Ваш диагноз?
1Синдром Иценко-Кушинга
2Синдром Штейна-Левенталя
3Истинное преждевременное половое развитие
4Врожденная дисфункция коры надпочечников, простая вирильная форма
5Ложный мужской гермафродитизм

37Вопрос:
Больная 16 лет. Диагностирован синдром Шерешевского-Тернера. Рост соответствует 10 годам.
В каких препаратах нуждается больная в данное время?
1преднизолон в дозе 20мг/сутки
2хорионический гонадотропин
3человеческий гормон роста
4циклическая гормонотерапия
5профази

38Вопрос:
Мальчик 11 лет, отстает в физическом развитии на 3 года. Костный возраст соответствует 7 годам. Уровни ТТГ, свободных Т4 и Т3 в крови в пределах нормы. Родители низкорослые. Предварительный диагноз: конституциональная форма задержки роста - семейная низкорослость.
Ваша дальнейшая тактика:
1Постоянная терапия препаратами левотироксина
2Постоянная терапия препаратами человеческого соматотропина
3Определение уровня тестостерона
4Проведение стимуляционной пробы с клофелином
5Терапия анаболическими стероидами

39Вопрос:
Ребенку 8 лет установлен диагноз межуточно-гипофизарной недостаточности с дефицитом ряда тропных и антидиуретического гормонов.
Врач принял решение назначить ему терапию нижеследующими препаратами.
Однако с назначением одного из них следует повременить. Какого?
1Л - тироксин
2Человеческий гормон роста
3Преднизолон
4Хорионический гонадотропин
5Минирин

40Вопрос:
Девочка 14 лет. Раздражительность, головные боли, слабость, метеозависимость. Обычного питания. Ладони влажные. Тремор рук крупноразмашистый. АД - 80/50 мм.рт.ст. ЧСС - 82 в мин. Щитовидная железа IA степени, диффузная. Незначительное повышение содержания Т3 в крови. Уровни ТТГ, Т4, а также АТкТГ и ТПО в крови в пределах нормы. Ваш диагноз:
1диффузный токсический зоб I степени, легкое течение
2гипотиреоз
3Вегето-сосудистая дистония по гипотоническому типу. Эндемический зоб I степени
4аутоиммунный тиреоидит, зоб I степени, хаситоксикоз
5вегето-сосудистая дистония по гипотоническому типу

41Вопрос:
Мальчик 15 лет. В 3 года был оперирован по поводу двухстороннего крипторхизма. В течение 5 лет получал хорионический гонадотропин с положительным эффектом. Отец имеет рост 195 см., вторичные половые признаки появились в 16-17 лет. Мальчик высокорослый (175 см). Интеллект высокий. Вторичных половых признаков нет. Размеры тестис соответствуют 11-12 годам, консистенция эластичная. Костный возраст - на 13,5 лет. Кариотип 46 XY. Ваш диагноз:
1первичный гипогонадизм
2вторичный гипогонадизм
3поздний пубертат
4синдром Клайнфельтера

5пангипопитуитаризм

42Вопрос:
Ребенок 13 лет в течение 8 лет страдает сахарным диабетом 1 типа. Получает инсулинотерапию по базис-болюсной схеме. Компенсирован. При обследовании на микроальбуминурию в двух из трех определений получен положительный результат.
Какой должна быть тактика врача ?
1увеличить суточную дозу обоих видов инсулина
2увеличить суточную дозу только пролонгированного инсулина
3уменьшить суточную дозу болюсного инсулина
4назначить ингибиторы АПФ
5ограничиться коррекцией питания, инсулинотерапии

43Вопрос:
Ребенок 6 месяцев с резидуально-органическим поражением ЦНС временами высовывает язык. Длина тела соответствует норме, гипотрофия I степени. Пропорции тела обычные, конечности теплые. Кожа чистая, эластичная, ЧСС - 124 в мин. Язык в ротовой полости, не утолщен. Голос не изменен. Общая мышечная гипотония. Стул ежедневный. Ребенок адекватно реагирует на голод, мокрое белье. Определите причину высовывания языка:
1гипотиреоз
2органическое поражение ЦНС
3болезнь Дауна
4фенилкетонурия
5гаргоилизм

44Вопрос:
У мальчика 11 лет с выраженным ожирением периодически отмечается повышение гликемии натощак в пределах 5,7-6,0 ммоль/л.
Укажите препарат, который показан ребенку:
1инсулин
2сиофор
3диабетон
4верошпирон
5L-тироксин

45Вопрос:
У ребенка 5 лет отмечено острое ухудшение состояния: высокая лихорадка, тошнота, рвота, признаки обезвоживания, геморрагическая сыпь, падение АД, гиперкалиемия, гипонатриемия. Ваш диагноз:
1геморрагический васкулит
2острая кишечная инфекция
3острая надпочечниковая недостаточность
4несахарный диабет
5симпатоадреналовый криз

46Вопрос:
У мальчика 12 лет лунообразное лицо, отложение жира в области груди, живота, 7 шейного позвонка, отставание в росте, широкие стрии на коже живота, бедер, ягодиц, артериальная гипертония. Данная симпоматика с наибольшей вероятностью указывает на наличие:
1гипоталамического синдрома пубертатного периода
2синдрома или болезни Кушинга
3экзогенного ожирения
4феохромоцитомы
5андростеромы

47Вопрос:
У ребенка острая надпочечниковая недостаточность. Выберите правильный вариант неотложной помощи:
1гидрокортизон внутривенно струйно и капельно, инфузии 0,9% хлористого натрия и 5% глюкозы
2преднизолон внутрь, инфузии 5% глюкозы
3гидрокортизон внутримышечно, инфузии 0,9% хлористого натрия
4гидрокортизон внутривенно струйно, дофамин
5гидрокортизон внутривенно струйно, полярирующая смесь внутривенно капельно

48Вопрос:

У девочки 14 лет в течение полугода исчезли месячные, начался рост волос по мужскому типу, прекратился рост. По данным рентгенографии кисти зоны роста закрыты. Приведенные данные свидетельствуют об избыточной выработке:
1эстрогенов
2лютеинизирующего гормона
3андрогенов
4глюкокортикоидов
5минералокортикоидов

49Вопрос:
У 15-летнего подростка на фоне полового созревания появился избыток веса, произошел резкий скачок роста, появились множественные угри, розовые стрии. Самочувствие не страдает. Данное состояние, вероятнее всего, является проявлением:
1болезни Иценко-Кушинга
2глюкокортикостеромы
3андростеромы
4соматотропиномы
5гипоталамического синдрома пубертатного периода

50Вопрос:
У подростка, которому в 10 лет была произведена орхиопексия в связи с правосторонним крипторхизмом, имеются хорошо развитые вторичные половые признаки, но правое яичко гипоплазировано, дряблое. Ваш диагноз:
1гипогонадизм
2анорхизм
3синдром Клейнфельтера
4правостороннее гидроцеле
5гипоплазия правого яичка

51Вопрос:
Девочка 10 лет. В 5 лет было диагностировано истинное церебральное преждевременное половое развитие. До 8 лет получала диферилин, удалось добиться соответствия роста, костного возраста, размеров яичников паспортному возрасту. Два дня назад на фоне легкого набухания грудных желез появились кровянистые выделения из влагалища. Рост соответствует 11-12, костный возраст - 13, размеры яичников - 12, матки - 10-11 годам.
Подберите наиболее правильное определение имеющемуся состоянию:
1преждевременное половое развитие
2ускоренное половое развитие
3юношеский диспитуитаризм
4гипоталамический синдром пубертатного периода
5гипогонадизм

52Вопрос:
Мальчик 5 лет. С избыточной массой. У отца сахарный диабет 2 типа. У мальчика гликемия натощак: 6,1, 5,8, 6,8, 6,6 ммоль/л. Гликемия через 2 часа после еды в норме.
Дайте определение имеющемуся состоянию:
1сахарный диабет 1 типа
2сахарный диабет 2 типа
3нарушение гликемии натощак
4нарушенная толерантность к глюкозе
5почечный диабет

53Вопрос:
Девочка 11 лет. С рождения отстает в росте. Имеет удвоенную почку справа. Костный возраст соответствует паспортному.
Рост соответствует 7-ми годам, фенотип женский. Девочка диспластичная. Кариотип 45 ХО. Ваш диагноз?
1конституциональная низкорослость
2соматогенный нанизм
3церебрально-гипофизарный нанизм
4синдром Шерешевского-Тернера
5изолированная соматотропная недостаточность

54Вопрос:
Девочка 7 лет с врожденным гипотиреозом. Доза Л-тироксина в настоящее время 25 мкг/день. Физическое развитие соответствует возрасту. Поясничный лордоз. Сухость кожи. Интеллект снижен. Для определения адекватности дозы препарата необходимо:
1определение в крови уровней общих Т3 и Т4
2определение в крови уровней свободных Т3 и Т4
3определение в крови содержания ТТГ
4определение в крови уровней общих Т3 и Т4, общий анализ крови
5УЗИ щитовидной железы, определение костного возраста

55Вопрос:
У ребенка, страдающего сахарным диабетом 1 типа и получающего комбинацию актрапида с протафаном, определяется стабильно высокая постпрандиальная гликемия. Тактика врача ?
1уменьшить дозу актрапида перед всеми приемами пищи
2уменьшить дозу протафана
3актрапид заменить на новорапид
4увеличить дозу и актрапида, и протафана
5протафан заменить на левемир

56Вопрос:
Девочка 13 лет по поводу диффузного токсического зоба получает мерказолил в дозе 5 мг в день, анаприлина - 20 мг в день. Клинически эутиреоидна. Пульс 76 в минуту. Диффузный зоб 2 степени. Уровень ТТГ в крови - 0,0 мкМЕ/л, свободного Т4 - повышен до 42,0 рМ. Ваша тактика?
1увеличить дозу мерказолила и анаприлина
2уменьшить дозу мерказолила
3увеличить дозу анаприлина
4добавить Л-тироксин
5отменить терапию

57Вопрос:
Мальчик 13 лет. Отстает в росте с 1,5-2 лет. Рост соответствует 8 годам, телосложение пропорциональное, небольшой избыток массы тела. Запоры. Вторичные половые признаки отсутствуют, яички гипоплазированы, дряблой консистенции. Костный возраст соответствует 7-8 годам. Ваш предварительный диагноз:
1гипогонадизм
2церебрально-гипофизарный нанизм
3синдром Клейнфельтера
4соматогенный нанизм
5гипотиреоз

58Вопрос:
Ребенок 8 лет с рождения отстает в росте, сидит с 12 месяцев, ходит с 1,5 лет. Рост соответствует 4 годам, костный возраст - на 2 года, телосложение диспропорциональное. Отставание в психическом развитии, лицо одутловатое, запоры, брадикардия.
Ваш предварительный диагноз:
1церебрально-гипофизарный нанизм
2соматогенный нанизм
3врожденный гипотиреоз
4болезнь Дауна
5хондродистрофия

59Вопрос:
Больная 7 лет с сахарным диабетом 1 типа. Получает Хумулин НПХ и Хумулин R в суточной дозе 0,8 ЕД/кг. Гликемия натощак 5,4 ммоль/л, через 2 часа после еды 3,5-2,4 ммоль/л. Ребенок не всегда имеет возможности перекусить. Ваши рекомендации ?
1отменить "перекусы"
2перевести на ультракороткий инсулин
3увеличить дозу Хумулина R
4увеличить дозу Хумулина НПХ
5уменьшить дозу и Хумулина R и НПХ

60Вопрос:

Мальчик 13 лет. Рост на 8 лет, вес соответствует росту. Кожа сухая. Пульс 76-80 в минуту. Половое развитие соответствует физическому. Какой метод обследования поможет в установлении генеза низкорослости на первом этапе ?
1рентгенография кисти
2биохимический анализ крови
3определение гликемии натощак
4общий анализ крови
5общий анализ мочи

61Вопрос:
Девочка 13 лет, сахарный диабет с 5 лет. Головные боли, постоянное чувство голода, прибавила в весе, жажда, полиурия. Кожа сухая, печень увеличена, избыток массы. В половом развитии отстает. Суточная доза инсулина - 1,2 ЕД/кг. Гликемия: 10,0-17,0 ммоль/л. Наиболее вероятная причина данного состояния:
1дефицит инсулина
2передозировка инсулина
3пубертатный период
4инсулинорезистентность
5недоедание

62Вопрос:
Мальчик 11 лет, с сахарным диабетом 1 типа. Получает лантус + новорапид. Гликемия в течение суток - 7,0-9,6 ммоль/л. Имеет три основных приема пищи. До болезни посещал секцию настольного тенниса, хотел бы возобновить занятия.
В какое время возможны физические нагрузки ?
1через полчаса после еды
2через час после еды
3через два часа после еды
4через три часа после еды
5в любое удобное время

63Вопрос:
Девочка 6 лет с сольтеряющей формой врожденной дисфункции коры надпочечников. Получает преднизолон 7,5 мг в день + кортинеф ? таблетки (0,05 мг) в день. Остро возникли признаки ОРЗ: кашель, насморк, а также резкая слабость, адинамия, однократная рвота.
Что должны сделать родители до прихода врача ?
1добавить противодиарейные препараты
2увеличить суточную дозу преднизолона и кортинефа в два раза
3добавить регидрон
4уменьшить суточную дозу преднизолона и кортинефа
5уменьшить потребление поваренной соли

64 Вопрос:
Девочка 12 лет имеет избыток массы в 34 кг. Кожа сухая, заеды в уголках рта. Ожирение по андроидному типу. В течение двух месяцев соблюдала гипокалорийную диету. Гликемия натощак 6,9 и 6,2 ммоль/л. АЛТ и АСТ в норме. Выберите наиболее оптимальную терапию:
1изокалорийная диета + манинил
2гипокалорийная диета + инсулинотерапия
3гипокалорийная диета + препараты метформина
4изокалорийная диета + физические нагрузки
5изокалорийная диета + диабетон + препараты метформина

65Вопрос:
Мальчик 3 лет. В течение трех месяцев начался рост усов, бороды, за полгода вырос на 8 см. Рост, вес соответствуют 4 годам, юношеские угри на лице. Телосложение маскулинное, голос - низкий. Оволосение в подмышечных впадинах, на лобке. Костный возраст - на 13 лет. В плазме уровень тестостерона резко увеличен, ЛГ и ФСГ - 0,0. Правое яичко резко увеличено, плотное, бугристое. Ваш диагноз ?
1истинное церебральное преждевременное половое развитие
2врожденная дисфункция коры надпочечников, вирильная форма
3неполная форма преждевременного полового развития
4андростерома, ложное преждевременное половое развитие
5лейдигома, ложное преждевременное половое развитие

66Вопрос:

Девочка 3 лет с увеличением грудных желез. Рост и костный возраст соответствуют паспортному. Концентрация ТТГ, ЛГ, ФСГ, пролактина, эстрадиола в крови в норме. При УЗИ органов малого таза патологии не выявлено. Ваша тактика:
1наблюдение
2назначить препараты левотироксина
3назначить диферилин на 6 месяцев
4немедленное хирургическое вмешательство
5назначить компрессы на область грудных желез

67Вопрос:
Мальчик 10 лет с нейрогенной формой несахарного диабета. Получает минирин по 1 таб. 3 раза в день. Отеки, головные боли. За сутки выпивает 1200 мл жидкости, выделяет 450 мл, удельный вес мочи - 1014. Ваша тактика:
1увеличить дозу минирина
2отменить минирин
3уменьшить дозу минирина
4рекомендовать употреблять меньше жидкости
5рекомендовать КТ органов брюшной полости

68Вопрос:
Годовалой девочке в связи с появлением у нее грудных желез установлен диагноз истинного преждевременного полового развития. Врач располагал следующими данными:
" ускорение костного возраста
"повышение уровней ФСГ и эстрадиола в крови " нормальные размеры матки по данным УЗИ
Какая дополнительная информация требуется для подтверждения диагноза ?
1данные об уровне ЛГ в крови
2данные об уровне эстриола в крови
3результаты вагинографии
4результаты КТ надпочечников
5данные о размерах яичников

69Вопрос:
У 13 летней девочки из г.Алматы со II степенью увеличения щитовидной железы при УЗИ обнаружена киста левой доли, верифицированная результатами пункционной биопсии. В гормональном профиле - повышение уровня Т3. Содержание антитиреоидных антител в крови не превышает допустимую норму. Ваш диагноз ?
1киста левой доли щитовидной железы. Эутиреоз
2эндемический зоб II степени, легкий тиреотоксикоз
3эндемический смешанный зоб II ст. Киста левой доли щитовидной железы
4узловой зоб II ст., тиреотоксикоз, легкая форма
5аутоиммунный тиреоидит, смешанный зоб II ст

70 Вопрос
У 15-летнего подростка на фоне полового созревания появился избыток веса, произошел резкий скачок роста, появились множественные угри, розовые стрии. Самочувствие не страдает. Данное состояние, вероятнее всего, является проявлением:
1болезни Иценко-Кушинга
2глюкокортикостеромы
3андростеромы
4соматотропиномы
5гипоталамического синдрома пубертатного периода

71Вопрос:
У 17-летней пациентки, страдающей сахарным диабетом 1 типа с 3 лет, имеют место проявления диабетической нефропатии: отеки, артериальная гипертензия (220/130 мм.рт.ст.), выраженная интоксикация. Суточный диурез - 1300 мл.уровень креатинина в крови - 680 мкмоль/л, мочевины - 18 ммоль/л, общего белка - 52 г/л, калия - 6,2 ммоль/л. Определите стадию диабетической нефропатии по классификации Mogensen:
1.1
2.2
3.3
4.4
5.5

72Вопрос:
У 18-летнего пациента с классической клиникой 4ой стадии диабетической нефропатии имеют место гипопротеинемия, гиперазотемия, гиперкреатининемия, гиперкалиемия. Назовите, какое среди перечисленных ниже врачебных назначений является ошибочным.
1сократить потребление белка наполовину
2сулодексид
3диротон
4лазикс в инъекциях
5.2,4% эуфиллин внутривенно капельно

73Вопрос:
Больной с 1 типом сахарного диабета внезапно потерял сознание. Гликемия - 1,1 ммоль/л, после введения внутривенно 40% раствора глюкозы - 8,8 ммоль/л, однако в сознание не пришел. Ваша тактика:
1инсулинотерапия п/к каждые 2 часа
2продолжить введение 40% раствора глюкозы
3введение 5% раствора глюкозы
4введение коллоидных растворов
5введение физиологического раствора

74Вопрос:
Больной сахарным диабетом 1 типа, получает актрапид по 10 ед 3 раза в день, протафан по 14 ед 2 раза в день. Отмечает прибавку в весе, по утрам чувство разбитости, головные боли. Гликемия натощак - 16,2 ммоль/л, через 2 часа после еды 16,1-17,9 ммоль/л, глюкозурия. Ваша тактика:
1увеличить дозу вечернего протафана
2увеличить дозу утреннего и вечернего протафана
3уменьшить дозу утреннего и вечернего протафана
4уменьшить дозы вечернего протафана и актрапида
5увеличить дозы обоих препаратов инсулина

75Вопрос:
Девушка 15 лет с фурункулезом. Индекс массы тела 36 кг/м2 . Гликемия натощак 5,9 и 5,6 ммоль/л, уровень триглицеридов в крови - 2,2 ммоль/л.
Какое исследование необходимо провести ?
1пробу с инсулином
2повторное исследование гликемии натощак
3исследование содержания глюкозы в моче
4пероральный тест толерантности к глюкозе
5гликемический профиль в течение дня

76Вопрос:
У больной с костной формой первичного гиперпаратиреоза после удаления аденомы паращитовидной железы появились судороги. . Получает препараты кальция до 1500 мг в сутки. Уровень общего кальция в крови - 2,1 ммоль/л., содержание ПТГ слегка повышено. Ваши рекомендации?
1добавить противосудорожные препараты
2увеличить дозу препаратов кальция
3обогатить диету кальцием, назначить препараты вит. Д
4добавить препараты магния
5добавить препараты калия

77Вопрос:
У больной А. 16 лет из г.Тараз выявлено диффузное увеличение щитовидной железы 2 степени, функция не нарушена. При УЗИ структура железы однородная. Уровень АТкТПО и АТкТГ в норме. Какое заболевание у больной ?
1диффузное увеличение щитовидной железы 2 степени
2аутоиммунный тиреоидит, зоб 2 степени, эутиреоз
3диффузный эндемический зоб 2 степени, эутиреоз
4ювенильная струма 2 степени
5диффузное увеличение щитовидной железы 2 степени, эутиреоз

78Вопрос:

Больной Е.17 лет с сахарным диабетом 1 типа получает инсулин по интенсифицированной схеме. ИМТ - 28. Отмечается постпрандиальная гипергликемия. Ваша тактика:
1увеличить дозу продленного инсулина утром
2увеличить дозу продленного инсулина перед сном
3увеличить дозу короткого инсулина
4уменьшить количество углеводистых продуктов в рационе
5добавить к лечению метформин

79Вопрос:
Многократные попытки снизить гликемию натощак у больного с 1 типом диабета, получающего базис-болюсную терапию, путем наращивания доз пролонгированного инсулина привели к еще большему ее повышению.
Наиболее вероятно, что причина заключается в:
1дефиците пролонгированного инсулина
2недостаточности дозы болюсного инсулина перед завтраком
3избыточности дозы пролонгированного инсулина
4дефиците болюсного инсулина перед ужином
5малоподвижности больного

80Вопрос:
Какой пероральный сахароснижающий препарат разрешен для лечения сахарного диабета 2 типа у детей и подростков:
1глюконил
2манинил
3новонорм
4диабетон MR
5метформин

81Вопрос:
Половое развитие должно начинаться у девочек не ранее:
1.5 лет
2.8 лет
3.11 лет
4.13 лет
5.15 лет

82Вопрос:
В какое время суток необходимо определять уровень гликемии для исключения синдрома "утренней зари" у детей с сахарным диабетом ?
1перед завтраком
2перед обедом
3перед ужином
4в 22 часа
5в 6 часов утра

83Вопрос:
Постгипогликемические гипергликемии - результат:
1дефицита инсулина
2мальабсорбции
3хронической передозировки инсулина
4инсулинорезистентности
5закономерного течения сахарного диабета

84Вопрос:
Профилактическая доза йодида калия для ребенка 8 лет:
1.50 мкг/сутки
2.100 мкг/сутки
3.200 мкг/сутки
4.300 мкг/сутки
5.500 мкг/сутки

85Вопрос:
О наступлении пубертатного периода у девочек свидетельствует:
1появление грудных желез
2появление вторичного оволосения
3ускорение роста
4закрытие зон роста
5появление первых месячных

86Вопрос:
Об окончании пубертатного периода у девочек свидетельствует:
1достижение прогнозируемого роста
2наличие развитых грудных желез
3наличие регулярных месячных и закрытых зон роста
4появление стрий

87Вопрос:
Укажите гормон, являющийся антагонистом инсулина:
1тестостерон
2эстрадиол
3тирокальцитонин
4глюкагон
5соматостатин

88Вопрос:
К гипогликемии приводит все, кроме:
1введения слишком большой дозы инсулина
2введения недостаточной дозы инсулина
3недостаточного приема углеводов после инъекции инсулина
4незапланированной физической нагрузки
5приема алкоголя

89Вопрос:
Когда у больного гипогликемия, он должен сразу:
1лечь и отдохнуть
2съесть сахар в любом виде
3сделать 10 приседаний
4все перечисленное
5ввести определенное количество инсулина

90Вопрос:
Диета, рекомендуемая больным диабетом:
1содержит слишком мало углеводов
2является основой правильного питания для всех членов семьи
3содержит слишком много жиров
4содержит недостаточное количество белка
5способствует формированию ожирения

91Вопрос:
Наличие кетоновых тел в моче может быть признаком:
1диабета 2 типа
2лабильного течения диабета
3компенсации диабета
4молочнокислой комы
5гиперосмолярной комы

92Вопрос:
Какой из следующих методов лечения должен использоваться у всех больных диабетом?
1диета
2сахароснижающие таблетки
3инсулин

4физические нагрузки
5ангиопротекторы

93Вопрос:
Дефицит йода в окружающей среде:
1.усиливает выработку гормонов щитовидной железы,
2.тормозит образование тиреоидных гормонов,
3. снижает IQ,
4. особенно неблагоприятно действует на лиц пожилого возраста,
5.одна из малочисленных причин отставания психомоторного развития
детей,
6.особенно отрицательно влияет на детей и беременных женщин.
1.1,4,5.
2.2,3,6.
3.2,4,6.
4.1,2,4.
5.3,4,5.

94Вопрос:
Наибольшее значение для диагностики первичного гипогонадизма имеет определение:
1содержания Т3 и Т4 в крови
2содержания холестерина в крови
3уровня ЛГ в крови
4основного обмена
5активности АСТ и АЛТ

95Вопрос:
Лучшее средство йодной профилактики:
массовой - А
1. йодированная поваренная соль
2. йодированная вода
3. йодированный хлеб
групповой - Б
4. йодомарин
5. антиструмин
6. йодактив
1А-1 Б-4
2А-4 Б-1
3А-3 Б-5
4А-2 Б-3
5А-5 Б-2

96Вопрос:
Содержание глюкозы в крови повышает:
1инсулин
2клофелин
3леводопа
4кортизол
5тестостерон

97Вопрос:
В формировании женского фенотипа у плода генетически женского пола имеет значение:
1автономная тенденция плода к феминизации
2высокий уровень фетальных надпочечниковых андрогенов
3высокий уровень фетальных эстрогенов
4хорионический гонадотропин
5материнский прогестерон

98Вопрос:
Диагноз несахарного диабета базируется на основе определения:
1уровня глюкозы в крови
2относительной плотности мочи

3содержания белка в крови
4уровня креатинина в крови
5размеров почек по данным УЗИ

99Вопрос:
Интенсифицированная инсулинотерапия предполагает использование:
1двух пролонгированных препаратов инсулина
2комбинации ультракороткого или короткого с пролонгированным препаратом инсулина
3только коротких препаратов инсулина
4только ультракоротких препаратов инсулина
5инсулиновых смесей

100Вопрос:
Апидра - это:
1беспиковый продленный инсулин
2инсулин среднего действия
3инсулиновая смесь
4ультракороткий инсулин
5быстродействующий инсулин.

Приложение 2

Детская эндокринология:

1. Определение степени зоба на основании данных осмотра и пальпации щитовидной железы.
2. Установление диагноза при заболеваниях щитовидной железы на основании данных осмотра и результатов инструментальных и лабораторных методов исследования.
3. Определение критериев компенсации сахарного диабета в зависимости от возраста, сопутствующих заболеваний.
4. Основные принципы расчета дозы инсулина при сахарном диабете в зависимости от массы тела, типа диабета.
5. Введение инсулина с помощью шприц-ручки, одноразового шприца.
6. Коррекция инсулинотерапии на основании показателей гликемического профиля.
7. Диагностика и оказание неотложной помощи на различных этапах (догоспитальном, госпитальном) при: диабетическом кетоацидозе, кетоацидотической коме; гиперосмолярной коме; гипогликемических состояниях и гипогликемической коме.
8. Расчет инфузионной терапии, инсулинотерапии больным с диабетической кетоацидотической коме
9. Основные принципы обследования и наблюдения больных с диабетическими комами.
10. Выписка рецептов на инсулин, , тиреостатики, тиреоидные гормоны, нордитропин и др.
11. Диагностика и оказание неотложной помощи на различных этапах (догоспитальном, госпитальном) при: тиреотоксическом кризе;
12 Диагностика и оказание неотложной помощи на различных этапах (догоспитальном, госпитальном) при: острой надпочечниковой недостаточности.
13. Интерпретация лабораторных тестов, отражающих функцию гипофиза, надпочечников:
14. Интерпретация результатов рентгенографии левой кисти
15. Методика проведения и интерпретация стандартного теста на толерантность к глюкозе.
16. Расчет потребности в углеводах по системе хлебных единиц.
17. Расчет калорийности питания при ожирении.
18. Помповая инсулинотерапия .
19. Проведение суточного мониторирования глюкозы(гликемический профиль), интерпретация результатов, коррекция терапии
21.Пальпировать щитовидную железу и оценить ее размеры и структуру.
22. Диагностировать глазные симптомы тиреотоксикоза.
23. Интерпретировать данные инструментальных методов исследования щитовидной
24. Оценить результаты УЗИ и КТ щитовидной железы.
25.Интерпретировать результаты инструментальных исследований надпочечников, половых желез: УЗИ, КТ, МРТ
26.Обосновывать и планировать объем лабораторных и дополнительных инструментальных исследований пациентов с предполагаемым диагнозом: сахарный диабет.
27.Обосновывать и планировать объем лабораторных и дополнительных инструментальных исследований пациентов с предполагаемым диагнозом: ожирение
28.Обосновывать и планировать объем лабораторных и дополнительных инструментальных исследований пациентов с предполагаемым диагнозом: врожденный гипотиреоз
29.Обосновывать и планировать объем лабораторных и дополнительных инструментальных исследований пациентов с предполагаемым диагнозом: аутоиммунный тиреоидит
30.Обосновывать и планировать объем лабораторных и дополнительных инструментальных исследований пациентов с предполагаемым диагнозом: тиреотоксикоз
31.Обосновывать и планировать объем лабораторных и дополнительных инструментальных исследований пациентов с предполагаемым диагнозом: болезнь Иценко- Кушинга
32.Обосновывать и планировать объем лабораторных и дополнительных инструментальных исследований пациентов с предполагаемым диагнозом: несахарный диабет
33.Обосновывать и планировать объем лабораторных и дополнительных инструментальных исследований пациентов с предполагаемым диагнозом: пролактинома
34.Обосновывать и планировать объем лабораторных и дополнительных инструментальных исследований пациентов с предполагаемым диагнозом: ВДКН, сольтеряющая форма
35.Обосновывать и планировать объем лабораторных и дополнительных инструментальных исследований пациентов с предполагаемым диагнозом: ВДКН, вирильная форма
36.Обосновывать и планировать объем лабораторных и дополнительных инструментальных исследований пациентов с предполагаемым диагнозом: синдром гипопаратиреоза
37.Обосновывать и планировать объем лабораторных и дополнительных инструментальных исследований пациентов с предполагаемым диагнозом: синдром гиперпаратиреоза
38.Обосновывать и планировать объем лабораторных и дополнительных инструментальных исследований пациентов с предполагаемым диагнозом: преждевременное половое созревание

девочек

39.Обосновывать и планировать объем лабораторных и дополнительных инструментальных исследований пациентов с предполагаемым диагнозом: преждевременное половое созревание мальчиков

40.Обосновывать и планировать объем лабораторных и дополнительных инструментальных исследований пациентов с предполагаемым диагнозом: задержка полового созревания у мальчиков
41.Обосновывать и планировать объем лабораторных и дополнительных инструментальных исследований пациентов с предполагаемым диагнозом: задержка полового созревания у девочек
42.Обосновывать и планировать объем лабораторных и дополнительных инструментальных исследований пациентов с предполагаемым диагнозом: синдром Шерешевского – Тернера
43.Обосновывать и планировать объем лабораторных и дополнительных инструментальных исследований пациентов с предполагаемым диагнозом: : синдром Клянфельтера
44.Обосновывать и планировать объем лабораторных и дополнительных инструментальных исследований пациентов с предполагаемым диагнозом: Прадера- Вилли
45.Обосновывать и планировать объем лабораторных и дополнительных инструментальных исследований пациентов с предполагаемым диагнозом: узловой зоб
46.Обосновывать и планировать объем лабораторных и дополнительных инструментальных исследований пациентов с предполагаемым диагнозом: соматотропная недостаточность
47.Обосновывать и планировать объем лабораторных и дополнительных инструментальных исследований пациентов с предполагаемым диагнозом: акромегалия и гипофизарный гигантизм
48.Клинические методы исследования функции: передней доли гипофиза
50.Клинические методы исследования функции: задней доли гипофиза
51.Клинические методы исследования функции: щитовидной железы
52.Клинические методы исследования функции: паращитовидной железы
53.Клинические методы исследования функции: коры надпочечников
54.Клинические методы исследования функции: поджелудочной железы
55.Определение степени и характера ожирения.
56. Определить степень выраженности полового развития и оволосения по Танеру.
57.Техника проведения большой дексаметазоновой пробы.
58.Техника проведения большой дексаметазоновой пробы.
59.Техника проведения пробы с инсулином (для оценки выработки СТГ)
60. Техника проведения пробы с кломифеном для оценки гонадотропных гормонов гипофиза ЛГ, ФСГ.
61. Техника проведения пробы с хорионическим гонадотропином.
62. Методика проведения ТАБ. (показания)
63. Диагностическое значение и интерпритация : АКТГ
64. Диагностическое значение и интерпритация: гормона клубочковой зоны надпочечников(минералокортикоид – альдостерон)
65. Диагностическое значение и интерпритация: предшественника стероидного гормона, маркера нарушения стероидогенеза при ВДКН (17- ОН-прогестерон).
66. Диагностическое значение и интерпритация : инсулина и С- пептида.
67. Диагностическое значение и интерпритация: медиатора соматотропного гормона - ИФР-1.
68. Диагностическое значение и интерпритация: гормона коры надпочечников – кортизола.
67. Диагностическое значение и интерпритация: гормона передней доли гипофиза, стимулирующего овуляцию, синтез эстрогена, прогестерона в яичниках и тестестерона в семенниках – ЛГ.
68. Диагностическое значение и интерпритация: гормона осуществляющего мобилизацию Са и фосфора из костей – паратиреоидного гормона.
69. Диагностическое значение и интерпритация : гормона передней доли гипофиза поддерживающего лактацию и репродуктивную функцию – пролактина.
70. Диагностическое значение и интерпритация : гормона поддерживающего сперматогенез , обладающий анаболическим эффектом, стимулирующего эритропоэз – тестостерона.
71. Диагностическое значение и интерпритация гормона передней доли гипофиза, регулирующего секрецию Т3 и Т4 – ТТГ.
72. Диагностическое значение и интерпритация гормона щитовидной железы – тироксин общего (Т4.).
73. Диагностическое значение и интерпритация гормона щитовидной железы – трийодтиронина общего (Т3общ).
74. . Диагностическое значение и интерпритация гормона щитовидной железы – тироксина-свободного не связанного с белками крови (Т4св).
75. Диагностическое значение и интерпритация гормона щитовидной железы – трийодтиронина свободного(Т3св).

Приложение 3

Аттестационные вопросы по специальности «Детская эндокринология»

1. Нарушения функции щитовидной и паращитовидных желез. Гормоны ЩЖ, ПЖ. Физиологические эффекты.
2. Йододефицитные заболевания. Классификация, группы риска. Клиника, диагностика. Лечение и профилактика.
3. Гипотиреоз. Классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение.
4. Неонатальный скрининг при врожденном гипотиреозе. Цели, время проведения.
4. Врожденный гипотиреоз. Лечение и профилактика. Диспансерное наблюдение.
5. Диффузный токсический зоб. Определение. Этиология. Классификация. Клиника, триада симптомов, диагностика.
6. ДТЗ. Лечение. Показания к оперативному лечению.
7. Аутоиммунный тиреоидит. Определение, этиология.. Клиника, диагностика, лечение.
8. Сахарный диабет. Определение, классификация. Этиопатогенез. Факторы риска.
9. Сахарный диабет 1 типа. Клиника, диагностика.
10. СД 1 типа. Рекомендации по питанию, физической активности, самоконтролю. Правила питания по расчету хлебных единиц.
11. Нарушение толерантности к глюкозе. Нарушенная гликемия натощак.
12. Инсулинотерапия. Режимы. Виды инсулина. Коррекция дозы инсулина
13. Показания для госпитализации пациентов с СД 1 типа.
14. Осложнения СД 1 типа ранние и поздние.
15. Диабетический кетоацидоз. Клиника, диагностика, лечение.
16. Гипогликемия. Клиника , диагностика, лечение.
17. Несахарный диабет. Причины развития, формы.
18. Физиология , патофизиология коры надпочечников. Надпочечниковая недостаточность. Этиология, патогенез, классификация.
19. Надпочечниковая недостаточность. Клиника, диагностика, лечение.
20. Врожденная дисфункция коры надпочечников. Этиология, патогенез, классификация.
21. ВДКН –вирильная форма. Диагностика, принципы лечения.
22. ВДКН- неклассическая форма. Диагностика, принципы лечения.
23. Острая недостаточность коры надпочечников.
24. Хроническая недостаточность коры надпочечников. Этиология, клиника.
25. Гиперпаратиреоз. Этиология, патогенез. Клиника , диагностика, лечение, диспансерное наблюдение.
26. Гипопаратиреоз. Этиология, патогенез. Клиника , диагностика, лечение, диспансерное наблюдение.
27. Псевдогипопаратиреоз. Диагностика ,принципы лечения.
28. Ожирение у детей. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
29. Принципы рационализации питания детей при ожирении.
30. Стимуляционные тесты, применяемые для выявления соматотропной недостаточности у детей.
31. Соматотропная недостаточность у детей. Клиника, лечение.
32. Дифференциальная диагностика задержек роста у детей. 5
33. Гиперсекреция СТГ (Акромегалия и гигантизм). Диагностика в детском возрасте, лечение.
34. Синдром Иценко-Кушинга. Клиника, диагностика, лечение. Диспансерное наблюдение.
35. Функциональные пробы, применяемые для оценки углеводного обмена у детей.
36. Синдром гиперпролактинемии у детей. Клиника, диагностика, лечение.
37. Преждевременное половое развитие у детей. Клиника , диагностика, лечение.
38. Гипогонадизм у мальчиков. Клиника , диагностика, лечение.
39. Синдром Шерешевского-Тернера. Клиника, диагностика, лечение.
40. Лечение низкорослости при синдроме Шерешевского-Тернера препаратами рекомбинантного гормона роста.
41. Ожирение при генетических синдромах. (Прадера-Вилли, Лоренса-Муна).
42. Гиперальдостеронизм. Клиника, дифференциальная диагностика.
43 . Гипоальдостеронизм. Диагностика, принципы лечения. Этиология, патогенез.
44. Дифференциальная диагностика гипогликемических состояний в детском возрасте.
45. Транзиторный гипотиреоз новорожденных.
46. Синдром «пустого» турецкого седла.
47. Эндокринные гипертензии.
48. Опухоли паращитовидных желез.
49. Гермафродитизм. Классификация, клиническая характеристика основных форм.
50. Синдром Клайнфелтера. Этиопатогенез, клиника, диагностика.
51. Задержка полового развития. Причины, клиника, диагностика, лечение.
52. Метаболический синдром. Определение , этиология, диагностика , лечение.
53. Преимущества и недостатки помповой инсулинотерапии.
54. Основные представление о помповой инсулинотерапией. Принципы работы инсулиновой помпы.

55. Базально-болюсный режим инсулинотерапии. Расчет дозы инсулина.
56. Узловой зоб. Диагностика, принципы лечения.
57. Принципы обучения в «Школе диабета».
58. Гипофизарный нанизм. Причины, клиника, лечение, прогноз.
59. Тактика ведения пациентов с подтвержденным диагнозом сахарный диабет 2типа.
60.Неонатальный скрининг ВДКН.
61. Феохромоцитома. Клиника, диагностика, лечение.
62. Диффузный нетоксический зоб. Клиника,диагностика. Дифференциальная диагностика.
63. Методы обследования детей заболеваниям щитовидной железы.
64. Половое развитие у детей.
65. ВДКН – сольтеряющая форма. Диагностика, принципы лечения.
66. Диабетическая нефропатия.
67. Диабетическая ретинопатия.
68. Диабетическая липодистрофия.
69. Неотложная помощь при гипогликемии.
70. Несахарный диабет. Диагностика и лечение.
71. Болезнь Иценко-Кушинга. Клиника, диагностика, лечение. Диспансерное наблюдение.
72. Пангипопитуитаризм у детей.
73. Преждевременное половое развитие у мальчиков. Причины, клиника, диагностика, лечение.
74. Преждевременное половое развитие у девочек. Причины, клиника, диагностика, лечение.
75.Нарушения секреции пролактина. Причины, клиника, диагностика, лечение.

ПАТОЛОГИЯ

1. Основные понятия нозологии. Болезнь как нарушение гомеостаза.
2. Номенклатура и классификация болезней.
3. Общая этиология. Общий патогенез. Причинно-следственные взаимоотношения в патогенезе.
4. Венозная гиперемия. Причины, механизмы, последствия.
5. ДВС - синдром. Стадии. Патогенез.
6. Экссудация. Механизмы развития. Значение.
7. Фагоцитоз при воспалении. Причины эмиграции лейкоцитов в очаг воспаления. Механизмы фагоцитарной деятельности лейкоцитов.
8. Понятие об иммунном гомеостазе, механизмы гуморального и клеточного иммунитета.
9. Опухоли. Определение сущности опухолевого роста. Этиология опухолей. Современные теории опухолевого роста. Современная классификация опухолей. Принципы ее построения. Вторичные изменения в опухолях.
10. Доброкачественные, злокачественные и опухоли с местным деструирующим ростом. Критерии злокачественности. Понятие о рецидиве.

ПЕДАГОГИКА

1. Определите место педагогики в системе современного человекознания.
2. Назовите способы структурирования содержания образования и проиллюстрируйте их на примере.
3. Дайте характеристику законодательным актам в сфере образования.
4. Какие документы составляют нормативную основу образования?
5. Что означает понятие «обучение»? Как ваше собственное понимание этого понятия соотносится с его научной трактовкой?
6. В чем обнаруживается сходство и различие процессов обучения и лечения как древнейших видов гуманитарной практики?
7. Какие типы и виды обучения оптимальны на доклиническом и клиническом этапах медицинского образования?
8. В чем суть поэтапного формирования знаний и умений? Пояснить на примерах.
9. Какие требования к выбору форм организации познавательной деятельности обучаемых на учебном занятии существуют в дидактике?
10. Что лежит в основе классификации форм организации познавательной деятельности? Как связаны между собой формы организации познавательной деятельности и цели обучения?
11. От чего зависит выбор форм организации познавательной деятельности к конкретному занятию?
12. Какие формы обучения наиболее рационально использовать на разных этапах обучения в медицинском вузе и при обучении разных категорий обучаемых (медицинский персонал, пациенты, их родственники)?

Инфекционные болезни, в том числе туберкулез

Вопросы к ГАК (детская эндокринология):

1. Этиология и патогенез туберкулеза. Понятие о первичном и вторичном периодах туберкулезной инфекции.
2. Классификация туберкулеза в соответствии с МКБ-10. Основные клинические формы туберкулеза у детей и подростков. Основные симптомы и синдромы туберкулеза органов дыхания и внелегочного туберкулеза у детей и подростков.
3. Современные методы ранней диагностики и выявления туберкулеза у детей и подростков. Туберкулинодиагностика.
4. Методы профилактики туберкулеза среди детского населения. Вакцинация и ревакцинация БЦЖ.
5. Особенности течения туберкулеза у детей в современных условиях: туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью, туберкулез и ВИЧ-инфекция.

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. Медицинское право, как отрасль права.
2. Источники медицинского права.
3. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья.
4. Права и обязанности медицинских работников.
5. Понятие и виды медико-социальной помощи.
6. Особенности медицинской услуги
7. Особенности регулирования труда медицинских работников
8. Правонарушение и юридическая ответственность
9. Гражданско-правовая ответственность субъектов предоставления и оказания медико-социальной помощи.
10. Дисциплинарная ответственность медицинских работников.
11. Административная ответственность должностных лиц.
12. Уголовная ответственность медицинских работников.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

1. Дайте определение науки «Общественное здоровье и здравоохранение». Задачи общественного здоровья и здравоохранения. Объект изучения общественного здоровья и здравоохранения.
2. Какие методы используют при изучении общественного здоровья и здравоохранения?
3. Назовите главные критерии оценки эффективности системы здравоохранения.
4. Назовите базовые функции системы здравоохранения.
5. Дайте определения фактора риска. Перечислите факторы риска и кратко охарактеризуйте.
6. Дайте определение медицинской демографии и перечислите ее основные разделы.

7. Перечислите известные Вам исторически сложившиеся на этапах развития названия предмета Общественное здоровье и здравоохранение. С чем связано существование большого числа названий предмета?

8. Воспроизводство населения (естественное движение населения).
Общие и специальные показатели, методика расчета, анализ и оценка
9.Миграция населения: внешняя, внутренняя (урбанизация,
сезонная). Факторы, ее определяющие. Влияние миграции на здоровье населения
10. Естественный прирост населения, факторы на него влияющие.
Противоестественная убыль населения.
11. Дайте определения “заболеваемость”, распространенность болезней”,
патологическая пораженность”
12.От чего зависит полнота учета заболеваемости?

Министерство здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики
Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Медицинский факультет
Центр медицинского послевузовского образования

УТВЕРЖДАЮ
Министр здравоохранения ПМР
_____К.В.Албул
«_04_» _января_ 20_24_г.

СОГЛАСОВАНО
Ученым советом факультета
протокол № _5_
от «_29_» _декабря_ 20_23_г.
Председатель
Ученого совета факультета
_____Г.Н.Самко

ПРОГРАММА
ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ
образовательной программы
высшего образования- программы ординатуры

Специальность **31.08.05 КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА**

Квалификация выпускника: Врач клинической лабораторной диагностики
Трудоемкость: 108 часов-3з.е.
Сроки проведения: 24.06.24 – 6.07.24г.

Тирасполь, 2023

Программа итоговой государственной аттестации образовательной программы высшего образования- программы ординатуры по специальности 31.08.05 Клиническая лабораторная диагностика разработана в соответствии с Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования-ординатуры по специальности 31.08.05 Клиническая лабораторная диагностика (утвержденным Приказом Министерства Просвещения Приднестровской Молдавской Республики № 55 от 26.01.2022г. «Об утверждении и введении в действие Государственного образовательного стандарта послевузовского профессионального образования - ординатуры)

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании кафедры Терапии с циклом фтизиатрии протокол № 4 от «28» ноября 2023г.
Заведующий кафедрой Терапии с циклом фтизиатрии _____Лосева Н.Г.

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УМК факультета

«12» декабря 2023 г. (протокол № 4)

Председатель УМК _____ (А.В. Васильчук)

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УС факультета

«29» декабря 2023г. (протокол № 5)

Председатель УС _____ (Г.Н. Самко)

Программу составили:

Ассистент _____ Гросул-Райляну О.Б.

Содержание

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.
2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры
3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации.
4. Форма и структура итоговой государственной аттестации.
4.1 Форма итоговой государственной аттестации.
4.2 Трудоёмкость итоговой государственной аттестации.
4.3 Структура итоговой государственной аттестации.
5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.
6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации.
6.1 Критерии оценки результатов тестирования
6.2 Критерии оценки практических навыков и умений.
6.3 Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.
7. Содержание государственного экзамена.
7.1 Тестирование
7.2 Практические навыки.
7.3. Устное собеседование
8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

Приложения

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.

Цель - определение соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры требованиям Государственному образовательному стандарту послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.05 «Клиническая лабораторная диагностика».

Задачи:

— установление уровня подготовки выпускника к выполнению профессиональных задач (оценка степени сформированности всех компетенций, предусмотренных Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.05 «Клиническая лабораторная диагностика», характеризующих готовность выпускников к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации – врач клинической лабораторной диагностики.

— принятие решения о выдаче обучающемуся, успешно прошедшему итоговую государственную аттестацию по программе ординатуры, диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации.

2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры

Итоговая государственная аттестация относится к базовой части программы - Блок 3. итоговая государственная аттестация и завершает процесс освоения имеющих государственную аккредитацию образовательных программ ординатуры.

Итоговая государственная аттестация образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.05 «Клиническая лабораторная диагностика» завершается присвоением квалификации " врач клинической лабораторной диагностики ".

3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путём обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- физические лица женского пола (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку готовности выпускников, освоивших программу ординатуры, к следующим видам профессиональной деятельности:

— профилактическая;
— диагностическая;
— лечебная;
— реабилитационная;
— психолого-педагогическая;
— организационно-управленческая.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

а) готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу - УК1;

б) готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные,

этнические, конфессиональные и культурные различия - УК2;

в) готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и

высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование - УК3.

Профессиональные компетенции (ПК):

а) профилактическая деятельность:

1) готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания - ПК1;

2) готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными - ПК2;

3) готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях - ПК3;

4) готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медикостатистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков -
ПК4;

б) диагностическая деятельность:

1) готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - ПК5;

2) готовность к применению диагностических клинико-лабораторных методов исследований и интерпретации их результатов - ПК6;

в) психолого-педагогическая деятельность - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих - ПК7;

г) организационно-управленческая деятельность:

1) готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях - ПК8;

2) готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей - ПК9;

готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации - ПК10.

4.Форма и структура итоговой государственной аттестации

4.1.Форма итоговой государственной аттестации

Итоговая государственная аттестация обучающихся по образовательной программе

ординатуры 31.08.05 «Клиническая лабораторная диагностика» проводится в форме государственного экзамена.

4.2.Трудоёмкость итоговой государственной аттестации

Объем итоговой государственной аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) - сдачу государственного экзамена.

4.3.Структура итоговой государственной аттестации

В Блок 3 " Итоговая Государственная аттестация" входят подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена. Перед государственным экзаменом по специальности для ординаторов проводятся предэкзаменационные консультации по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в три этапа:

1 этап - тестирование, проводится для получения сертификата специалиста, имеет целью определить готовность специалиста к самостоятельной профессиональной (медицинской) деятельности (согласно Приказу Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 31.05.2022г №477 «Об утверждении Порядка приема граждан на обучение по образовательным программам послевузовского профессионального образования – программам ординатуры, а также Порядка реализации образовательных программ послевузовского профессионального образования – программ ординатуры» (регистрационный № 11145 от 15 июля 2022 года) (САЗ 22-27)). Во время тестирования обучающийся выбирает правильный(е) ответ(ы) из предложенных нескольких вариантов ответов. Каждый обучающийся отвечает на 100 тестовых вопросов, на решение которых отводится 120 минут(2 астрономических часа).

2 этап - оценка практических навыков и умений - состоит из демонстрации практических навыков и умений, приобретенных в результате освоения программы ординатуры.

3 этап – устный экзамен по дисциплине Клиническая лабораторная диагностика с целью определения сформированности профессиональных компетенций выпускника, профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения. Каждый билет состоит из пяти теоретических вопросов, в процессе проведения государственного экзамена обучающемуся могут быть заданы уточняющие или дополнительные вопросы в рамках билета. На подготовку к ИГА ординатору выделяется 2 недели. После выбора билета ординатор готовится к ответу 30 минут, отвечает согласно регламенту 20 минут. По решению комиссии обучающийся может быть освобожден от необходимости полного ответа на вопрос билета, уточняющий или дополнительный вопрос.

Этапы государственного экзамена	Компетенции, которые оцениваются в ходе этапа
1 этап - в форме тестирование	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7 ПК-8, ПК-9, ПК-10.
2 этап - оценка практических навыков и умений	
3 этап – устный экзамен по дисциплине	

5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.

Проведение ИГА определяется календарным учебным графиком, выполнением индивидуального плана ординатора и расписанием ИГА.

Перед итоговой государственной аттестацией обучающиеся должны ознакомиться с программой ИГА. Подготовка к государственному экзамену может проводиться в формах, как устного повторения пройденных дисциплин (с использованием собственных

конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д.), так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.

6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации. Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

6.1. **Критерии оценки результатов тестирования**

Подведение **итогов 1 этапа в форме тестирования. Результат решения тестов оценивается по ятибалльной системе:**

- 49% и менее правильных ответов - «неудовлетворительно»;
- 50% - 70% - «удовлетворительно»;
- 71% - 84% - «хорошо»;
- 85% - 100% - «отлично».

6.2 Критерии оценки практических навыков и умений

Результаты 2 этапа определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол ИГА. Обучающиеся, получившие оценку «неудовлетворительно» к 3 этапу государственного экзамена не допускается, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений;

- «хорошо» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет;

- «удовлетворительно» - обучающийся обладает удовлетворительными теоретическими знаниями - знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний - не знает методики выполнения, практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и т.д.; и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

6.3 Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.

Результаты 3 этапа государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «хорошо» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «удовлетворительно» - обучающийся показывает частичное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз с учетом принятой классификации. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций, демонстрируя поверхностное знание предмета;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не показывает освоение планируемых результатов обучения по пройденным темам, не может сформулировать диагноз или неправильно его ставит. Не может правильно ответить на большинство дополнительных вопросов, характеризующих уровень освоения необходимых компетенций.

7. Содержание государственного экзамена

7.1.Тестировние: Приложение 1
7.2.Практические навыки: Прилодение 2
7.3 Устное собеседование Приложение 3

8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

1. Внутренние болезни [Электронный ресурс]: [учеб. для высш проф. образования] : в 2 т. Т. 1 / [Р. А. Абдулхаков и др.] ; под ред. В. С. Моисеева и др. – 3-е изд., испр. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 958 с.: ил. – URL http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
2. Внутренние болезни [Электронный ресурс]: [учеб. для высш проф. образования] : в 2 т. Т. 2 / [Р. А. Абдулхаков и др.] ; под ред. В. С. Моисеева и др. – 3-е изд., испр. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 896 с.: ил. – URL: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
3. Маколкин, В. И. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : [учеб. для высш. проф. образования] / В. И. Маколкин, С. И. Овчаренко, В. А. Сулимов. – 6-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 765 с. : ил. – URL : http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
4. Основы семиотики заболеваний внутренних органов [Текст] : [учебное пособие для высшего проф. образования] / [А. В. Струтынский, А. П. Баранов, Г. Е. Ройтберг, Ю. П. Гапоненко]. - 7-е изд. - Москва : МЕДпресс-информ, 2011. - 298 с. : ил. + CD.
5. Ройтберг, Г. Е. Внутренние болезни [Текст] : лаб. и инструмент. диагностика : [учеб. пособие для системы послевуз. образования врачей] / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : МЕДпресс-информ, 2011.
6. Руководство по лабораторным методам диагностики / Рос. ассоц. мед. лаб. диагностики; А. А. Кишкун и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007.

Дополнительная литература:

1. Диагностика заболеваний по анализам крови и мочи / авт.-сост. Т. Ф. Цынко. - 8-е изд., доп. и перераб. - Ростов н/Д : Феникс, 2008.
2. Козинец, Г. И. Анализы крови и мочи [Текст] : клин. значение / Г. И. Козинец. - 2-е изд., доп. и перераб. - Москва : Практ. медицина, 2011.
3. Наноструктуры в биомедицине [Электронный ресурс] : пер. с англ. / под ред. К. Гонсалвес [и др.]. – 2-е изд. (эл.). – Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2015. – 536 с. – URL : http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
4. Нанобиотехнологии [Электронный ресурс] : практикум / под ред. А. Б. Рубина. – 2-е изд. (эл.). – Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2013. – 401 с. - URL : http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
5. Арчаков, А. И. Нанобиотехнологии в медицине : нанодиагностика и нанолекарства : актовая речь / А. И. Арчаков ; Рос. гос. мед. ун-т . - М. : РГМУ, 2009.
6. Беленков, Ю. Н. Функциональная диагностика сердечно-сосудистых заболеваний / Ю. Н. Беленков, С. К. Терновой. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 975 с.

7. Диагностика и лечение болезней почек: руководство для врачей / Н. А. Мухин, И. Е. Тареева, Е. М. Шилов, Л. В. Козловская. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008.
8. Диагностика и лечение железодефицитной и В12-дефицитной анемий в амбулаторных условиях : учеб.-метод. пособие для участковых терапевтов и врачей общ. практики / Рос. гос. мед. ун-т ; сост. Г. Е. Ройтберг и др. - Москва : РГМУ, 2009.
9. Одинак, М. М. Клиническая диагностика в неврологии : руководство для врачей / М. М. Одинак, Д. Е. Дыскин. - Санкт-Петербург : СпецЛит, 2007. - 526 с.
10. Диагностика и лечение острого панкреатита [Текст] / А. С. Ермолов, П. А. Иванов, Д. А. Благовестнов и др. - Москва : Видар-М, 2013. - 382 с.
11. Савельев, В. С. Панкреонекрозы [Текст] / В. С. Савельев, М. И. Филимонов, С. З. Бурневич. - Москва: МИА, 2008. (Лабораторная и инструментальная диагностика).
12. Реуцкий, И. А. Диагностика ревматических заболеваний [Текст] : рук. для врачей. - Москва: МИА, 2011.
13. Сустав [Текст] : морфология, клиника, диагностика, лечение / В. Н. Павлова, Г. Г. Павлов, Н. А. Шостак, Л. И. Слуцкий. - М. : МИА, 2011. - 549 с.
14. Планы ведения больных : Диагностика. Лечение. Предупреждение осложнений / ОАО "Рос. железные дороги" ; под ред. О. Ю. Атькова и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 525 с. - (Доказательная медицина).
15. Руководство по лабораторным животным и альтернативным моделям в биомедицинских исследованиях [Текст] : [учеб. пособие для системы мед. и фармацевт. послевуз. образования] / [Е. И. Асташкин, Е. Е. Ачкасов, И. А. Берзин и др.] ; под ред. Н. Н. Каркищенко, С. В. Грачева. - Москва : Профиль, 2010.

Приложение 1

1. Врач клинической лабораторной диагностики отвечает за постановку лабораторного анализа на этапе:
А. лабораторного периода анализа
Б. до лабораторного этапа анализа
В. аналитической стадии
Г. после лабораторного этапа
Д. за все перечисленные стадии анализа
2. Виды систематических погрешностей:
А. методические
Б. зависящие от приборов
В. оперативные
Г. зависящие от реактивов
Д. все перечисленные
3. При проведении контроля качества пользуются критериями:
А. воспроизводимость
Б. правильность
В. сходимость
Г. точность
Д. всеми перечисленными
4. Контрольная карта - это:
А. перечень нормативных величин
Б. порядок манипуляций при проведении анализа
В. схема расчета результатов
Г. графическое изображение сопоставимых измеряемых величин по мере их получения
Д. все перечисленное
5. Основные правила работы в КДЛ:
А. использовать при работе защитную одежду
Б. проводить исследования биоматериала в резиновых перчатках
В. мыть лабораторную посуду и инструментарий после предварительной дезинфекции
Г. при загрязнении кожи или слизистых кровью или другими биологическими жидкостями немедленно обработать их
Д. все перечисленное
6. Врач КДЛ имеет право:
А. проходить аттестацию для получения квалификационной категории
Б. получать информацию для выполнения своих обязанностей
В. замещать заведующего во время отпуска или болезни
Г. участвовать в работе профильных научных обществ, конференций, съездов
Д. все перечисленное верно
7. Почки осуществляют регуляцию:
А. артериального давления
Б. электролитного состава внутренней среды
В. эритропоэза
Г. кислотно-основное состояние
Д. все перечисленные
8. Виды клеток многослойного плоского эпителия влагалища:
А. поверхностные
Б. промежуточные
В. парабазальные
Г. базальные
Д. все перечисленные
9. Печень не экскретирует в кровь:
А. билирубин
Б. глюкозу
В. мочевину
Г. белки плазмы
Д. ферменты
10. Специфический компонент эритроцита:
А. гликоген
Б. АТФ
В. гемоглобин
Г. глютатион-редуктаза

Д. все перечисленное
11. Белок Бенс-Джонса можно выявить:
А. реакцией агглютинации
Б. диализом мочи
В. электрофорезом мочи
Г. концентрированием мочи
Д. реактивом Фолина
12. Глюкозурия может наблюдаться при:
А. гипергликемии
Б. гипогликемии
В. нормогликемии
Г. при любом содержании глюкозы в крови
13. Максимально допустимые суточные колебания плотности мочи составляют в г/л:
А. 1015-1040
Б. 1004-1025
В. 1004-1035
Г. 1008-1028
Д. 1010-1020
14. В бланке общего анализа мочи указывают:
А. Только результаты тестов диагностических тест-полосок
Б. Только результаты микроскопии
В. Полностью результаты тестов диагностических тест-полосок и результаты микроскопии
15. При проведении анализа мочи по Нечипоренко надосадочную жидкость (супернатант) после центрифугирования:
А. Сливают с осадка полностью
Б. Сливают с осадка без учета объема мочи для микроскопии
В. Отбирают пипеткой, оставляя необходимый объем
Г. Перемешивают и микроскопируют
16. Нитриты в моче – это тест на:
А. Скрытую альбуминурию
Б. Скрытую бактериурию
В. Скрытую лейкоцитурию
Г. Скрытую цилиндрурию
Д. Скрытую эритроцитурию
17. Билирубин придает моче:
А. черный цвет
Б. коричнево-зеленый цвет («пива»)
В. красный цвет
Г. оранжевый цвет
Д. синий цвет
18. Наследственную природу заболевания выявляет присутствие в моче кристаллов:
А. аморфных фосфатов
Б. мочевой кислоты
В. оксалатов
Г. трипельфосфатов
Д. цистина.
19. Стеаторея – это наличие в кале:
А. Нейтрального жира и жирных кислот
Б. непереваренных мышечных волокон
В. крахмала
Г. билирубина
Д. йодофильной флоры
20. Амилорея – это наличие в кале:
А. нейтрального жира и жирных кислот
Б. непереваренных мышечных волокон
В. крахмала
Г. билирубина
Д. йодофильной флоры
21. Для бронхиальной астмы в мокроте характерны:
А. спирали Куршмана
Б. кристаллы Шарко-Лейдена
В. скопления эозинофилов
Г. эпителий бронхов

Д. все перечисленное
22. Коралловидные эластические волокна обнаруживают в мокроте при:
А. бронхопневмонии
Б. кавернозном туберкулезе
В. раке
Г. актиномикозе
Д. бронхиальной астме
23. При распаде первичного туберкулезного очага в мокроте можно обнаружить:
А. обызвествленный детрит (казеозный некроз)
Б. микобактерии туберкулеза
В. обызвествленные эластические волокна
Г. кристаллы холестерина
Д. все перечисленное
24. В лабораторию доставлены толстые капли крови, приготовленные более недели назад:
А. окрасить препараты раствором краски Романовского
Б. перед окраской толстую каплю зафиксировать
В. предварительно на препарат налить дистиллированную воду на 10-15 мин, слить воду и окрасить раствором краски Романовского
Г. предварительно налить на препарат физ.раствор на 10-15 минут, затем его слить и потом красить раствором краски Романовского
Д. все перечисленное верно
25. Для обнаружения простейших и их цист в кале исследуют:
А. нативный препарат
Б. препарат с раствором Люголя
В. нативный и препарат с раствором Люголя
Г. препарат окрашенный по Гайденгайну
Д. все перечисленное верно
26. В толстой капле крови, взятой у больного на 10-й день заболевания малярией, все поля зрения усеяны кольцевидными трофозоитами. Можно думать о паразите вида:
А. P.vivax
Б. P.malariae
В. P.ovale
Д. P.falciparum
Е. любой из перечисленных
27. В фекалиях человека нельзя обнаружить яиц:
А. токсокар
Б. некатора
В. описторха
Д. широкого лентеца
Е. карликового цепня
28. Альбумины не участвуют в:
А. активации липопротеиновой липазы
Б. регуляции концентрации свободного кальция в плазме
В. транспорте жирных кислот
Г. регуляции концентраций свободных гормонов
Д. сохранения постоянства внутренней среды
29. Во фракции альфа-1 и альфа-2-глобулинов не входит:
А. фибриноген
Б. гаптоглобин
В. α2-макроглобулин
Г. α-фетопротеин
Д. щелочная фосфатаза
30. Снижение фибриногена в плазме не наблюдается при:
А. Наследственном дефиците функции фибриногена
Б. Циррозе печени
В. ДВС-синдроме
Г. Острой фазе воспаления
Д. Повышении неинактивированного плазмина
31. Международным требованиям контроля антикоагулянтов непрямого действия является определение:
А. Протромбинового отношения
Б. Протромбинового времени
В. Протромбинового индекса

Г. Протромбина по Квику
Д. Международного нормализованного отношения
32. Витамин "К" влияет на синтез:
А. протромбина
Б. фибриногена
В. фактора III
Г. фактора XII
Д. прекалликреина
33. Сосудисто - тромбоцитарному гемостазу принадлежит функция:
А. протеолиза
Б. адгезивно-агрегационная
В. гидролиза
Г. лизиса эуглобулинов
Д. фибринолиза
34. АЧТВ отражает:
А. состояние тромбоцитарного звена гемостаза
Б. состояние фибринолитической системы
В. внутренний путь активации протромбиназы
Г. состояние антикоагулянтного звена
Д. реологические свойства крови
35. Фибринообразование следует контролировать:
А. фибриногеном
Б. протромбиновым временем
В. активированным частичным тромбопластиновым временем
Г. антитромбином III
Д. определением протеина С
36. При острой форме ДВС-синдрома:
А. фибриноген снижается
Б. АЧТВ укорачивается
В. тромбиновое время укорачивается
Г. продукты деградации фибрина не обнаруживаются
Д. повышается количество тромбоцитов
37. Гепаринотерапию можно контролировать:
А. активированным частичным тромбопластиновым временем
Б. лизисом эуглобулинов
В. ретракцией кровяного сгустка
Г. концентрацией фибриногена
Д. агрегацией тромбоцитов
38. Коагулометры могут работать по принципу:
А. электромеханическому
Б. фотометрическому
В. определения времени достижения фиксированной величины абсорбции
Г. оптико-механическому
Д. все перечисленное верно
39. Ошибка при исследовании гемостаза может возникнуть из-за:
А. гемолиза
Б. присутствия гепарина
В. неправильного соотношения антикоагулянта и крови
Г. нестабильной температуры
Д. все перечисленное верно
40. Для исследования ферментов сыворотки крови используется метод:
А. спектрофотометрический метод
Б. фотоэлектроколориметрический метод
В. кондуктометрический метод
Г. электрофоретический метод
Д. все перечисленные методы.
41. Гипергликемическим эффектом обладают:
А. инсулин
Б. паратиреоидные гормоны
В. андрогены
Г. глюкокортикоиды
Д. эстрогены
42. Антиатерогенным действием обладает:

А. Холестерин ЛПВП
Б. Холестерин ЛППП
В. Холестерин ЛПНП
Г. Холестерин ЛПОНП

43. К кетоновым телам относятся:

А. ацетон
Б. ацетоуксусная кислота
В. бета-оксимаслянная кислота
Г. все перечисленные вещества
Д. ни одно из перечисленных веществ

44. Повышение сывороточной активности ферментов при патологии может являться следствием:

А. увеличение его синтеза
Б. повышения проницаемости клеточных мембран и разрушения клеток, синтезирующих ферментов
В. усиления органного кровотока
Г. клеточного отека
Д. всех перечисленных факторов

45 . В преджелтушный период острого вирусного гепатита как правило, повышена сывороточная активность:

А. АСТ
Б. альфа-амилазы
В. сорбитолдегидрогеназы
Г. АЛТ
Д. щелочной фосфатазы

46. Для гипергликемической комы характерны:

А. гипергликемия
Б. кетоз
В. гиперосмолярность
Г. глюкозурия
Д. все перечисленное

47. При возникновении дефицита железа в первую очередь расходуется:

А. транспортное железо
Б. железо эритрона
В. железо запаса
Г. тканевое железо

48. В сыворотке крови в отличие от плазмы отсутствует:

А. фибриноген
Б. альбумин
В. комплемент
Г. калликреин
Д. антитромбин

49. Понятия «абсорбция» в фотометрии идентично понятию:

А. поглощение
Б. пропускание
В. рассеивание
Г. оптическая плотность
Д. тушение

50. Биохимические анализаторы позволяют:

А. повысить производимость работы в лаборатории;
Б. проводить исследования кинетическими методами;
В. расширить диапозон исследований;
Г. выполнять сложные виды анализов;
Д. все перечисленное.

51. Биохимические анализаторы позволяют механизировать и ускорить:

А. отбор исследуемого материала для выполнения методики
Б. добавление необходимых реактивов
В. фотометрию, расчеты
Г. проведение контроля качества
Д. все перечисленное

52. Взятие венозной крови для биохимических исследований включает следующие общие правила:

А. взятие крови натощак
Б. через катетер
В. шприцом, которым введено лекарственное вещество
Г. тонкой иглой с острым концом

Д. сухой иглой
53. Слюнные железы выделяют:
А. мальтазу
Б. энтерокиназу
В. липазу
Г. амилазу
Д. все перечисленное
54. Определение клиренса эндогенного креатинина применимо для:
А. оценки секреторной функции канальцев почек
Б. определения концентрирующей функции почек
В. оценки количества функционирующих нефронов
Г. определения величины почечной фильтрации
Д. ни для одной из перечисленных задач
55. Наиболее выраженное повышение С-реактивного белка наблюдается при:
А. вирусных инфекциях
Б. склеродермии
В. бактериальных инфекциях
Г. лейкемии
Д. все перечисленное верно
56. Мутность сыворотки обусловлена избытком:
А. холестерина
Б. фосфолипидов
В. триглицеридов
Г. жирных кислот
Д. простагландинов
57. Повышенная активность ГГТП в сыворотке определяется при:
А. простатите
Б. энцефалите
В. панкреатите
Г. холестазе
Д. пиелонефрите
58. Необратимое повреждение кардиомиоцитов сопровождается повышением в сыворотке:
А. щелочной фосфатазы
Б. АЛТ
В. ГГТП
Г. гистидазы
Д. МВ-КК
59. Унифицированный метод подсчета эритроцитов:
А. в автоматическом счетчике
Б. в камере Горяева
В. фотоколориметрический
Г. и в автоматическом счетчике и в камере Горяева
Д. нет правильного ответа
60. Источником ошибок при определении СОЭ могут служить:
А. неправильное соотношение между цитратом натрия и кровью
Б. образование сгустка
В. наклонное положение капилляров в штативе
Г. несоблюдение температурного режима
Д. все перечисленное
61. Эритроцитоз, вызванный повышенным образованием эритропоэтина, характерен для:
А. анемий при печеночной недостаточности
Б. полицитемии
В. болезни и синдрома Иценко-Кушинга
Г. гипергидратации
Д. всего перечисленного
62. Для окраски мазков крови применяются методы:
А. по Нохту
Б. по Паппенгейму
В. по Романову
Г. все перечисленные методы
Д. ни один из перечисленных
63. Увеличение гемоглобина в крови наблюдается при:
А. первичных и вторичных эритроцитозах

Б. мегалобластных анемиях
В. гемоглобинопатиях
Г. гипергидратации
Д. все перечисленное верно

64. Увеличение количества ретикулоцитов имеет место при:
А. апластической анемии
Б. гипопластической анемии
В. гемолитическом синдроме
Г. метастазах рака в кость
Д. все перечисленное верно

65. Гемоглобин можно определять методом:
А. поляриметрии
Б. газометрии
В. гемиглобинцианидным
Г. всеми перечисленными методами
Д. ни один из перечисленных

66. Эритроцитоз, вызванный повышенным образованием эритропоэтина, характерен для:
А. анемий при печеночной недостаточности
Б. полицитемии
В. болезни и синдрома Иценко-Кушинга
Г. гипергидратации
Д. всего перечисленного

67. Термин «анизоцитоз» означает изменение:
А. формы эритроцитов
Б. диаметра эритроцитов
В. интенсивности окраски эритроцитов
Г. количества эритроцитов

68. Стволовая кроветворная клетка обладает:
А. полипотентностью – способностью к дифференцировке по различным линиям кроветворения
Б. цитохимической инертностью
В. свойством регулировать кроветворение
Г. способностью к самоподдержанию
Д. всеми перечисленными свойствами

69. Железо депонируется в основном в форме:
А. ферритина
Б. гема
Г. протопорфирина
Д. трансферрина

70. Для талассемии и железодефицитной анемии общим является:
А. гипохромия эритроцитов
Б. ретикулоцитоз и другие признаки гемолиза
В. гипербилирубинемия
Г. мишеневидность и базофильная пунктация эритроцитов

71. К лабораторным признакам железодефицитной анемии относится:
А. микросфероцитоз
Б. макроцитоз в периферической крови
В. отложение гранул гемосидерина в ретикулоцитах
Г. анизоцитоз, пойкилоцитоз со склонностью к микроцитозу

72. Лабораторным признаком В12-дефицитной анемии является:
А. микросфероцитоз
Б. макроцитоз
В. анизоцитоз
Г. пойкилоцитоз

73. Фагоцитами являются:
А. нейтрофилы, макрофаги
Б. В – лимфоциты
В. Т – лимфоциты
Г. тромбоциты

74. Плазматические клетки – один из конечных этапов дифференцировки:
А. В-лимфоцитов
Б. Т- лимфоцитов
В. макрофагов
Г. нейтрофилов

75. В основе иммунохимических методов лежит взаимодействие:
А. преципитата с субстратом
Б. антитела с антигеном
В. сыворотки с иммуноглобулином
Г. комплемента с носителем
Д. всего перечисленного
76. При первичном ответе сначала образуются иммуноглобулины класса:
А. IgG.IgD
Б. IgM
В. IgA
Г. IgE
Д. IgD
77. Повышенное содержание альфа-фетопротеина (AFP) в сыворотке отмечается при:
А. рак печени
Б. цирроз печени
В. беременность
Г. все перечисленное
78. В каких случаях целесообразно определение хорионического гонадотропина (ХГЧ):
А. опухоли матки
Б. диагностика беременности на ранних сроках
В. опухоли трофобласта
Г. опухоли яичка
Д. все перечисленное верно
79. Инфекция, сопровождающаяся формированием Т-клеточного иммунодефицита:
А. ВИЧ-инфекция
Б. скарлатина
В. грипп
Г.корь
Д. коклюш
80. При иммунодиагностике рака молочной железы используются следующие онкомаркеры:
А. PSA (простатоспецифический антиген, ПСА)
Б. α – фетопротеин
В. СА 15-3
Г. СА 19-9 + α – фетопротеин
81. При иммунодиагностике рака простаты используются следующие онкомаркеры:
А. PSA (простатоспецифический антиген, ПСА)
Б. α – фетопротеин
В. СА 15-3
Г. СА 19-9 + α – фетопротеин

82. При иммунодиагностике рака яичников используются следующие онкомаркеры:
А. PSA (простатоспецифический антиген, ПСА)
Б. α – фетопротеин
В. СА 125
Г. СА 19-9 + α – фетопротеин
83. Для вирусного гепатита В характерны:
А. антитела класса IgM к HBc антигену
Б. HBe антиген
В. ДНК вируса гепатита В
Г. все перечисленное
84. В основе определения групповой принадлежности крови лежит реакция:
А. агглютинации
Б. преципитации
В. иммунодиффузии
Г. агрегации
Д. все ответы правильные
85. При определении групповой принадлежности крови необходимо соблюдать все следующие условия, кроме:
А. температуры
Б. соотношения капель крови и стандартной сыворотки
В. использования негемолизированной крови
Г. покачивания плоскости, на которой ведется исследование
Д. использования стандартных сывороток с низким титром

86. Для определения группы крови в лаборатории необходимо:
А. эритроциты больного
Б. сыворотка больного
В. цоликлоны анти-А и анти-В
Г. стандартные эритроциты О (I), А(II), В(III) группы
Д. все верно
87. Для злокачественных опухолей наиболее характерен:
А. медленный рост
Б. экспансивный рост
В. инфильтративный рост
Г. ни один из перечисленных
Д. все перечисленные характерны
88. Наиболее характерен для доброкачественных опухолей:
А. медленный рост
Б. экспансивный рост
В. инфильтративный рост
Г. ни один из перечисленных ответов
Д. медленный, экспансивный рост
89. Рак развивается из:
А. соединительной ткани
Б. мышечной ткани
В. эпителиальной ткани
Г. нервной ткани
Д. мезенхимальной ткани
90. Материал для цитологического исследования можно получить с помощью:
А. соскоба из патологического очага
Б. пункции
В. удаления патологического очага
Г. соскоба и пункции патологического очага
Д. всеми перечисленными методами
91. К молекулярно-генетическим методам диагностики относится метод:
А. Латекс-агглютинация
Б. Реакция связывания комплимента (РСК)
В. Реакция непрямой гемагглюинации (РНГА)
Г. Гибридизационный анализ нуклеиновых кислот

92. К амплификационным методам относятся:
А. Сайт-специфическое расщепление цепи
Б. Гексокиназный
В. ПЦР
Г. Метод Сэнгера
93. Принцип метода ПЦР был разработан:
А. Ж. Доссэ
Б. Дж.Уотсоном
В. К. Мюллисом
Г, Дж.Вентером
94. Принцип полимеразной цепной реакции:
А. Специфическая амплификация нуклеиновых кислот in vivo
Б. Специфическая реакция с использованием лигазы
В. Специфическая денатурация белков in vitro
Г. Специфическая амплификация нуклеиновых кислот in vitro
95. Какой из перечисленных процессов не относится к этапам ПЦР-анализа:
А. амплификация
Б. микроскопия
В. пробоподготовка
Г. детекция

96. ПЦР в режиме реального времени-это семейство методик количественного ПЦР состоящие из:
А. электрофореза
Б. определения выхода продукта реакции после каждого цикла амплификации
В. тубидиметрии

Г. хемилюминесценции

97. Какого типа контроля не бывает при постановке ПЦР?
А. внутреннего
Б. периодического
В. положительного
Г. отрицательного

98. Какого вида контаминации при проведении ПЦР не существует?
А. Перекрестной (кросс-контаминации)
Б. Контаминации продуктами амплификации
В. Контаминация полимеразой
Г. Контаминация следовыми количествами ампликонов посуды, пипеток.
99 . Генотип – это:
А. совокупность генов одной клетки или всего организма
Б. совокупность хромосом клетки и организма
В. совокупность аллелей одного гена
Г. разнообразие точковых мутаций
Д. разнообразие генетических локусов

100. Геном человека – это:
А. совокупность генов человека как вида
Б. суммарное количество нуклеотидов в молекуле ДНК
В. минимальное количество генов человека
Г. суммарное количество аминокислотных остатков в молекуле белка
количество белков человека.

Приложение 2

1. Принцип организации клинико-диагностических лабораторий. Транспортировка биологического материала.
2. Основные нормативные документы в лабораторной службе.
3. Основы биологической безопасности медицинской деятельности.
4. Внутрилабораторный контроль качества.
5. Контроль воспроизводимости и правильности результатов исследования.
6. Основные статистические показатели, используемые в контроле качества (среднеарифметическое значение, среднеквадратичное отклонение, коэффициент вариации, смещение).
7. Случайная и систематическая погрешности измерения, способы их выявления и устранения.
8. Предупредительные критерии и действия лаборатории при их появлении.
9. Принцип работы 3-diff и 5-diff гематологических анализаторов.
10. Основные показатели гематологических анализаторов и факторы, влияющие на их определение.
11. Забор крови для гематологических исследований. Виды антикоагулянтов. Доставка, хранение и подготовка проб к исследованию. Приготовление, фиксация и окраска мазков периферической крови.
12. Лабораторная диагностика гемолитических анемий.
13. Лабораторная диагностика анемий.
14. Анемии. Определение. Основные подходы к классификации. Принципы лабораторной диагностики.
15. Мегалобластные анемии. Характеристика, классификация. Лабораторная диагностика, картина костного мозга и периферической крови.
16. Методы подсчета лейкоцитарной формулы. Клиническое значение.
17. Лабораторная диагностика острых лейкозов.
18. Лабораторная диагностика хронического миелолейкоза.
19. Лабораторная диагностика хронического лимфолейкоза.
20. Лабораторная диагностика инфекционного мононуклеоза.
21. Лейкемоидные реакции. Причины. Лабораторная диагностика.
22. Скорость оседания эритроцитов. Методы измерения. Клиническое значение. Источники ошибок при выполнении этого вида исследования.
23. Лабораторная диагностика гемоглобинопатий (талассемии, серповидноклеточная анемия).
24. Дифференциальная диагностика нейтропений.
25. Дифференциальная диагностика лимфоцитопений.
26. Дифференциальная диагностика тромбоцитопений.
27. Дифференциальная диагностика тромбоцитозов.
28. Костномозговое кроветворение. Основные этапы дифференцировки клеток крови (гранулоцитопоэз, лимфопоэз, моноцитопоэз, эритропоэз, мегакариоцитопоэз).
29. Показатели общего анализа мочи и возможные способы их измерения.
30. Исследование физических свойств мочи (цвет, мутность, плотность).
31. Правила исследования химических свойств мочи.
32. Белок мочи. Понятие альбуминурия и протеинурия. Зависимость результатов анализа от метода определения.
33. Глюкозурия. Причины. Методы определения. Клиническое значение.
34. Кетонурия. Причины. Методы определения. Клиническое значение.
35. Микроскопическое исследование мочи (форменные элементы, цилиндры, кристаллы и др. элементы).
36 . Основные принципы исследования мокроты (физические и химические свойства, микроскопия, принципы приготовления препаратов).
37. Основные принципы выявления микобактерий туберкулеза в мокроте.
38. Исследование физических и химических свойств спинномозговой жидкости, определение цитоза. Клиническое значение химико-микроскопических лабораторных исследований спинномозговой жидкости.
39. Патогенез возникновения транссудатов и экссудатов. Исследование физических и химических свойств выпотных жидкостей. Микроскопическое исследование клеточного состава выпотных жидкостей.
40 . Физические и химические свойства кала в норме и патологии (консистенция, цвет, макропримеси, pH, белок, кровь, пигменты). Принципы приготовления препаратов для микроскопического копрологического исследования.
41. Состав мужской семенной жидкости. Условия сбора материала, макроскопическое исследование эякулята: цвет, вязкость, объем, pH.
42. Микроскопия нативного препарата спермы: подвижность сперматозоидов, клеточные и неклеточные включения, агглютинация и псевдоагглютинация. Подсчет сперматозоидов в камере Горяева.
43. Белок сыворотки крови и метод его определения. Понятие гипопротеинемии, гиперпротеинемии и диспротеинемии. Примеры патологий.
44. Электрофорез белков сыворотки крови. Клиническое значение отдельных фракций (альбумин, a1-, a2-, β- и γ-глобулины).
45. Понятие, виды и значение белков острой фазы воспаления. С-реактивный белок. Значение исследования, методы определения.

46. Ферменты. Строение ферментов, изоферменты, понятие активности ферментов. Факторы, влияющие на активность ферментов. Гипер- и , гипоферментемии. Методы определения.
активности ферментов.
47. Мочевина. Причины повышения и снижения содержания мочевины. Методы определения.
48. Креатинин, образование и выведение. Методы определения. Диагностическое значение.
49. Доступные методы определения скорости клубочковой фильтрации (расчет по креатинину крови, клиренс по эндогенному креатинину). Значение.
50. Нарушения обмена углеводов. Причины гипер- и гипогликемий. Лабораторная диагностика сахарного диабета. Способ проведения и значение теста толерантности к глюкозе.
51. Глюкоза крови. Методы определения, клиническое значение. Гипергликемия как причина глюкозурии.
52. Клиническое значение и методы определения гликогемоглобина.
53. Основные показатели липидного обмена, анализируемые в клинике. Клиническое значение исследования липидного профиля.
54. Общий холестерин и его фракции, определяемые в КДЛ. Клиническое значение показателей. Расчет и значение индекса атерогенности.
55. Железо крови. Лабораторные показатели, используемые для оценки обмена железа. Функциональный и истинный дефицит железа, перегрузка железом. Лабораторные показатели.
56. Гемоглобин. Строение, функции. Виды и формы гемоглобина.
57. Желтухи: виды, изменение показателей пигментного обмена в крови, моче и кале.
58. Гормоны: определение, особенности действия, классификация, основные группы.
59. Лабораторные исследования при нарушении функции щитовидной железы.
60. Лабораторные маркёры повреждения миокарда.
61. Биохимические маркеры основных синдромов при заболеваниях печени.
62. Лабораторные исследования при заболеваниях поджелудочной железы.
63. Правила взятия крови на гемостаз. Основные ошибки. Коагулограмма. Условия проведения. Клиническое значение.
64. Д-димеры. Понятие, клиническое значение, единицы измерения.
65. Строение и классы иммуноглобулинов и их роль в образовании антител. Виды иммунного ответа.
Динамика выработки антител. Маркеры Т- и В-лимфоцитов.
66. Лабораторная диагностика ToRCH-инфекций.
67. Группы крови системы АВО. Методы определения групп крови системы АВО. Методы определения антигенов системы резус. Основные ошибки и их причины при определении группы крови человека.
68. Принципы, основные преимущества и характеристики метода ПЦР, модификации. Взятие, транспортировка и хранение биоматериала для ПЦР-анализа.
69. Проблемы при постановке ПЦР. Причины ложноположительных и ложноотрицательных результатов.
70. Лабораторная диагностика сифилиса.
71. Жизненный цикл возбудителя малярии. Стадии эритроцитарной шизогонии. Приготовление препаратов крови больных с подозрением на малярию.
72. Лабораторная диагностика гельминтных заболеваний.
73. Цитологическая диагностика заболеваний шейки матки, клинические аспекты проблемы. Гистологическая и цитологическая классификация заболеваний шейки матки.
74. Цитологическая классификация заболеваний органов дыхания. Получение материала для цитологического исследования. Особенности обработки мокроты для цитологического исследования.
75. Цитологическое исследование пунктата костного мозга. Подсчет и описание миелограммы. Костномозговые индексы, расчет, клиническое значение их определения.

Приложение 3

1. Принцип организации клинико-диагностических лабораторий. Организация потока движения биологического материала. Транспортировка биологического материала.
2. Принципы разработки Стандартной операционной процедуры (СОП). Стандарты в области качества лабораторных исследований. Учетная и отчетная документация в клинико-диагностической лаборатории.
3. Санитарно-противоэпидемический режим в лаборатории. Мероприятия при контакте с биоматериалом.
4. Организация контроля качества лабораторных исследований. Источники вне - и внутрилабораторных погрешностей. Классификация ошибок. Стандартизация условий взятия биологического материала.
5. Аналитическая надежность метода (специфичность, чувствительность, воспроизводимость, правильность). Калибровочные материалы. Референтные величины лабораторных показателей.
6. Внутрилабораторный контроль качества лабораторных исследований (контроль воспроизводимости, контроль правильности). Контрольные карты. Критерии оценки.
7. Межлабораторный контроль качества и порядок его осуществления. Контрольные материалы, оценка результатов межлабораторного контроля.
8. Современные технологии автоматизированных клинико-биохимических исследований
9. Основные показатели гематологических анализаторов и факторы, влияющие на их определение.
10. Серологические реакции: реакция преципитации, реакция агглютинации, реакция связывания комплемента, реакция пассивной гемагглютинации: принципы методов, аналитические характеристики, клиническое применение.
11. Иммуноферментный анализ: основы метода. Гомогенный и гетерогенный иммуноферментный анализ.
12. Современные технологии тестирования нуклеиновых кислот: основы и принцип метода, основные этапы. ПЦР: аналитическая процедура, приборы, клиническое применение. ПЦР в режиме реального времени.
13. Моча. Механизм образования мочи. Физико-химические свойства нормальной мочи: суточный диурез, удельный вес, pH, прозрачность, цвет. Клинико-диагностическое значение исследования.
14. Патологические компоненты мочи: протеинурия, глюкозурия, гематурия, гемоглобинурия, кетонурия и др. Диагностическое значение исследования.
15. Методы оценки концентрационной функции почек (анализ мочи по Зимницкому), скорости клубочковой фильтрации (проба Реберга-Тареева). Выполнение, интерпретация результатов, клинико-диагностическое значение.
16. Анализ мочи по Нечипоренко в норме и при заболеваниях органов мочевыделения. Методика проведения анализа. Референтные значения.
17. Копрограмма. Макроскопическое и микроскопическое исследования кала. Исследование pH кала в норме и патологии. Клинико-диагностическое значение.
18. Желчные пигменты кала. Билирубин, стеркобилиноген, методы исследования и клинико-диагностическое значение.
19. Копрологические синдромы.
20. Ликвор. Физико-химические свойства. Получение и доставка ликвора в лабораторию. Биохимический анализ ликвора. Микроскопическое исследование ликвора.
21. Мокрота. Получение мокроты для лабораторной диагностики. Правила сбора мокроты. Макроскопическое и микроскопическое исследование мокроты. Характеристика элементов мокроты.
22. Исследование мокроты на туберкулез.
23. Сперма. Методы получения спермы. Правила сбора спермы. Анализ спермы в норме. Макроскопическое и микроскопическое исследование спермы. Формы сперматозоидов: норма и патология.
24. Экссудат, транссудат. Их характеристика, отличия, клинико-диагностическое значение.
25. Белки крови. Состав электрофоретических фракций белков крови, их характеристика. Клинико-диагностическое значение исследования.
26. Белки острой фазы: классификация, значение в развитии воспалительной реакции. Определение С-реактивного белка: аналитическая процедура, интерпретация результата.
27. Иммуноглобулины. Классификация, строение и методы исследования.
28. Небелковые азотистые основания: принципы и методы определения мочевины, аммиака, мочевой кислоты, креатина, креатинина. Применение в клинике, интерпретация результатов
29. Ферменты. Классификация, свойства. Влияние различных факторов на активность ферментов.
30. Получение, хранение и подготовка биоматериалов для исследования активности ферментов. Общая характеристика методов исследования ферментов.
31. Клинико-диагностическое значение определения активности в сыворотке крови аспартат иаланинаминотрансферазы (АсАТ, АлАТ).
32. Клинико-диагностическое значение определения активности лактатдегидрогеназы (ЛДГ), изоферментный состав, органспецифичность.
33. Определение активности кислой и щелочной фосфатазы. Клинико-диагностическое значение.
34. Определение активности альфа-амилазы и липазы в сыворотке крови. Клинико-диагностическое значение.
35. Определение активности γ-глютамилтранспептидазы (γ-ГТП). Клинико-диагностическое значение.
36.Клинико-диагностическое значение определения активности креатинфосфокиназы. Изоферментный состав, распределение в органах. Клинико-диагностическое значение.

37. Обмен порфиринов и желчных пигментов. Схема образования желчных пигментов. Билирубин прямой и непрямой. Диагностическое значение определения билирубина и желчных пигментов.
38. Липиды. Классификация липидов. Холестерин, липопротеины, апопротеины. Основные пути метаболизма холестерина. Липопротеины плазмы крови. Классификация, методы исследования. Значение определения ЛПНП и ЛПВП.
39. Биохимические нарушения в обмене липидов при атеросклерозе.
40. Сахарный диабет. Патогенез, классификация. Характеристика биохимических сдвигов при диабете. Гипо-и гипергликемии. Лабораторная диагностика инсулинозависимого и инсулиннезависимого диабета.
41. Лабораторная диагностика нарушений КОС. Респираторные и нереспираторные нарушения КОС (ацидоз, алкалоз).
42. Нарушения гомеостаза кальция, фосфатов, магния, лабораторная диагностика. Лабораторные параметры костного метаболизма.
43. Основные синдромы при заболеваниях почек. Острая и хроническая почечная недостаточность. Лабораторные показатели в зависимости от стадии заболевания.
44. Гормоны щитовидной железы. Лабораторные исследования гормонов щитовидной железы.
45. Методы медико-генетических исследований. Биохимические методы в диагностике наследственных заболеваний.
46. Морфологическая и функциональная характеристика клеток крови: эритроцитов, лейкоцитов, лимфоцитов, моноцитов, тромбоцитов.
47. Современные представления о гемопоэзе. Эритропоэз. Лейкопоэз.
48. Анемии. Классификация. Лабораторные показатели в дифференциальной диагностике.
49. Лейкозы. Современные представления о лейкозах. Этиология, патогенез, классификация.
50. Лабораторная диагностика острых лейкозов.
51. Лабораторная диагностика хронических лейкозов.
52. Лабораторная диагностика миеломной болезни.
53. ДВС-синдром, этиопатогенез, стадии развития, изменения показателей системы гемостаза в зависимости от стадии. Лабораторный контроль терапии непрямыми и прямыми антикоагулянтами и тромболитическими средствами.
54. Методы исследования системы плазменного гемостаза: АЧТВ, протромбиновый тест, тромбиновое время, определение фибриногена. Особенности преаналитического этапа, аналитическая процедура, интерпретация.
55. Лабораторные исследования при острых и хронических воспалительных заболеваниях.
56. Лабораторная диагностика нарушений водно-солевого обмена.
57. Лабораторная диагностика острого инфаркта миокарда.
58. Лабораторные исследования при заболеваниях печени.
59. Лабораторные исследования при поражениях соединительной ткани (коллагенозы, ревматизм, ревматоидный артрит, дисплазии и др.). Маркеры метаболизма соединительной ткани.
60. Лабораторная диагностика острой и хронической почечной недостаточности.
61. Лабораторная диагностика дисфункций гипоталамо-гипофизарной системы. Лабораторные признаки опухоли гипофиза. Несахарный диабет.
62. Лабораторная диагностика дисфункций надпочечников. Функциональные нагрузочные тесты.
63. Лабораторная диагностика дисфункций щитовидной железы. Скрининг заболеваний щитовидной железы.
64. Клинико-лабораторные алгоритмы при дисфункции половых желез.
65. Онкомаркеры в лабораторной диагностике опухолей. Алгоритм обследования, специфичность, чувствительность.
66. Лабораторная диагностика дисфункций гипоталамо-гипофизарной системы. Лабораторные признаки опухоли гипофиза. Несахарный диабет.
67.Лабораторная диагностика дисфункций надпочечников. Функциональные нагрузочные тесты.
68. Антигены эритроцитов (ABO, Rh), принципы определения, клиническая значимость. Лабораторные методы контроля в трансфузиологии.
69. Автоматизированные методы анализа в гематологии: принципы, виды гематологических анализаторов и их диагностические возможности.
70. Проточная цитометрия. Принципы, использование в иммунологической и гематологической практике.
71. Исследование пунктата костного мозга: подготовка материала, подсчет миелограммы, интерпретация результатов.
72. Цитологическая диагностика опухолей.
73. Лабораторная диагностика рака шейки матки.
74. ВИЧ. Причины появления, симптомы. Лабораторные методы подтверждения факта инфицированности.
75. Типы аллергических реакций. Алгоритм диагностики. Кожные пробы, диагностика in vitro.

ПАТОЛОГИЯ

1. Основные понятия нозологии. Болезнь как нарушение гомеостаза.
2. Номенклатура и классификация болезней.
3. Общая этиология. Общий патогенез. Причинно-следственные взаимоотношения в патогенезе.
4. Венозная гиперемия. Причины, механизмы, последствия.
5. ДВС - синдром. Стадии. Патогенез.
6. Экссудация. Механизмы развития. Значение.
7. Фагоцитоз при воспалении. Причины эмиграции лейкоцитов в очаг воспаления. Механизмы фагоцитарной деятельности лейкоцитов.
8. Понятие об иммунном гомеостазе, механизмы гуморального и клеточного иммунитета.
9. Опухоли. Определение сущности опухолевого роста. Этиология опухолей. Современные теории опухолевого роста. Современная классификация опухолей. Принципы ее построения. Вторичные изменения в опухолях.
10. Доброкачественные, злокачественные и опухоли с местным деструирующим ростом. Критерии злокачественности. Понятие о рецидиве.

ПЕДАГОГИКА

1. Определите место педагогики в системе современного человекознания.
2. Назовите способы структурирования содержания образования и проиллюстрируйте их на примере.
3. Дайте характеристику законодательным актам в сфере образования.
4. Какие документы составляют нормативную основу образования?
5. Что означает понятие «обучение»? Как ваше собственное понимание этого понятия соотносится с его научной трактовкой?
6. В чем обнаруживается сходство и различие процессов обучения и лечения как древнейших видов гуманитарной практики?
7. Какие типы и виды обучения оптимальны на доклиническом и клиническом этапах медицинского образования?
8. В чем суть поэтапного формирования знаний и умений? Пояснить на примерах.
9. Какие требования к выбору форм организации познавательной деятельности обучаемых на учебном занятии существуют в дидактике?
10. Что лежит в основе классификации форм организации познавательной деятельности? Как связаны между собой формы организации познавательной деятельности и цели обучения?
11. От чего зависит выбор форм организации познавательной деятельности к конкретному занятию?
12. Какие формы обучения наиболее рационально использовать на разных этапах обучения в медицинском вузе и при обучении разных категорий обучаемых (медицинский персонал, пациенты, их родственники)?

Инфекционные болезни, в том числе туберкулез

1. Этиология, эпидемиология и патогенез туберкулеза. Клиническая классификация туберкулеза. Основные эпидемиологические показатели туберкулеза.
2. Основные методы выявления и диагностики туберкулеза.
3. Понятие об основных клинических симптомах и синдромах легочного внелегочного туберкулеза.
4. Остропрогрессирующие формы туберкулеза. Основы дифференциальной диагностики туберкулеза.
5. Специфическая, санитарная, социальная профилактика туберкулеза.

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. Медицинское право, как отрасль права.
2. Источники медицинского права.
3. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья.
4. Права и обязанности медицинских работников.
5. Понятие и виды медико-социальной помощи.

6. Особенности медицинской услуги
7. Особенности регулирования труда медицинских работников
8. Правонарушение и юридическая ответственность
9. Гражданско-правовая ответственность субъектов предоставления и оказания медико-социальной помощи.
10. Дисциплинарная ответственность медицинских работников.
11. Административная ответственность должностных лиц.
12. Уголовная ответственность медицинских работников.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

1. Дайте определение науки «Общественное здоровье и здравоохранение». Задачи общественного здоровья и здравоохранения. Объект изучения общественного здоровья и здравоохранения.
2. Какие методы используют при изучении общественного здоровья и здравоохранения?
3. Назовите главные критерии оценки эффективности системы здравоохранения.
4. Назовите базовые функции системы здравоохранения.
5. Дайте определения фактора риска. Перечислите факторы риска и кратко охарактеризуйте.
6. Дайте определение медицинской демографии и перечислите ее основные разделы.

7. Перечислите известные Вам исторически сложившиеся на этапах развития названия предмета Общественное здоровье и здравоохранение. С чем связано существование большого числа названий предмета?

8. Воспроизводство населения (естественное движение населения).
Общие и специальные показатели, методика расчета, анализ и оценка
9.Миграция населения: внешняя, внутренняя (урбанизация,
сезонная). Факторы, ее определяющие. Влияние миграции на здоровье населения
10. Естественный прирост населения, факторы на него влияющие.
Противоестественная убыль населения.
11. Дайте определения “заболеваемость”, распространенность болезней”,
патологическая пораженность”
12.От чего зависит полнота учета заболеваемости?

Министерство здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики
Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Медицинский факультет
Центр медицинского послевузовского образования

УТВЕРЖДАЮ
Министр здравоохранения ПМР
_____ К.В.Албул
«04» января 2024г.

СОГЛАСОВАНО
Ученым советом факультета
протокол № 5
от «29» декабря 2023г.
Председатель
Ученого совета факультета
_____ Г.Н.Самко

ПРОГРАММА
ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ

образовательной программы
высшего образования- программы ординатуры

Специальность **32.08.07 ОБЩАЯ ГИГИЕНА**

Квалификация выпускника: Врач по общей гигиене
Трудоемкость: 108 часов-3з.е.
Сроки проведения: 24.06

Тирасполь, 2023

Программа итоговой государственной аттестации образовательной программы высшего образования- программы ординатуры по специальности 32.08.07 Общая гигиена разработана в соответствии с Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 32.08.07 Общая гигиена (утвержденным Приказом Министерства Просвещения Приднестровской Молдавской Республики № 622 от 11.07.2022г. «Об утверждении и введении в действие Государственного образовательного стандарта послевузовского профессионального образования - ординатуры)

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании кафедры Терапии с циклом фтизиатрии протокол №4 от «28» ноября 2023 г.
Заведующий кафедрой Терапии с циклом фтизиатрии _____Лосева Н.Г.

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УМК факультета

«12» декабря 2023 г. (протокол № 4)

Председатель УМК _____ (А.В. Васильчук)

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УС факультета

«29» декабря 2023 г. (протокол № 5)

Председатель УС _____ (Г.Н. Самко)

Программу составили:

Заместитель главного врача по санитарно-эпидемиологическому обеспечению ГУ «РЦГиЭ», ассистент _____Палади И.З.

Содержание

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.
2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры
3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации.
4. Форма и структура итоговой государственной аттестации.
   4.1 Форма итоговой государственной аттестации.
   4.2 Трудоёмкость итоговой государственной аттестации.
   4.3 Структура итоговой государственной аттестации.
5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.
6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации.
   6.1 Критерии оценки результатов тестирования
   6.2 Критерии оценки практических навыков и умений.
   6.3 Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.
7. Содержание государственного экзамена.
   7.1 Тестирование
   7.2 Практические навыки.
   7.3. Устное собеседование
8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

Приложения

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.

Цель - определение соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры требованиям Государственному образовательному стандарту послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 32.08.07 «Общая гигиена».

Задачи:

— установление уровня подготовки выпускника к выполнению профессиональных задач (оценка степени сформированности всех компетенций, предусмотренных Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 32.08.07 «Общая гигиена», характеризующих готовность выпускников к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации – врач по общей гигиене).

— принятие решения о выдаче обучающемуся, успешно прошедшему итоговую государственную аттестацию по программе ординатуры, диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации.

2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры

Итоговая государственная аттестация относится к базовой части программы - Блок 3. итоговая государственная аттестация и завершает процесс освоения имеющих государственную аккредитацию образовательных программ ординатуры.

Итоговая государственная аттестация образовательной программы ординатуры по специальности 32.08.07 «Общая гигиена» завершается присвоением квалификации " врач по общей гигиене ".

3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путём обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- физические лица женского пола (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку готовности выпускников, освоивших программу ординатуры, к следующим видам профессиональной деятельности:

— профилактическая;
— диагностическая;
— лечебная;
— реабилитационная;
— психолого-педагогическая;
— организационно-управленческая.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

а) готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу -УК1;

б) готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия -УК2;

в) готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование -УК3.

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать профессиональными компетенциями:

а) производственно-технологическая деятельность:

1. готовность к осуществлению комплекса санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на устранение или уменьшение вредного воздействия на человека факторов среды обитания, предотвращение возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) и их ликвидацию, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций - ПК1;

2. готовность к применению специализированного оборудования и медицинских изделий, предусмотренных для использования в профессиональной сфере - ПК2;

б) психолого-педагогическая деятельность:

1) готовность к обучению населения основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний - ПК3;
2) готовность к санитарно-просветительской деятельности среди различных групп населения с целью устранения факторов риска и формирования навыков здорового образа жизни, направленных на сохранение и укрепление здоровья - ПК4;

в) организационно-управленческая деятельность:

1) готовность к использованию основ экономических и правовых знаний в профессиональной деятельности - ПК5;
2) готовность к применению основных принципов управления в профессиональной сфере - ПК6;
3) готовность к организации и управлению деятельностью организаций и (или) их структурных подразделений, осуществляющих свою деятельность в целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения - ПК7.

4.Форма и структура итоговой государственной аттестации

4.1.Форма итоговой государственной аттестации

Итоговая государственная аттестация обучающихся по образовательной программе ординатуры 32.08.07 «Общая гигиена» проводится в форме государственного экзамена.

4.2.Трудоёмкость итоговой государственной аттестации

Объем итоговой государственной аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) - сдачу государственного экзамена.

4.3.Структура итоговой государственной аттестации

В Блок 3 " Итоговая Государственная аттестация" входят подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена. Перед государственным экзаменом по специальности для

ординаторов проводятся предэкзаменационные консультации по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в три этапа:

1 этап - тестирование, проводится для получения сертификата специалиста, имеет целью определить готовность специалиста к самостоятельной профессиональной (медицинской) деятельности (согласно Приказу Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 31.05.2022г №477 «Об утверждении Порядка приема граждан на обучение по образовательным программам послевузовского профессионального образования – программам ординатуры, а также Порядка реализации образовательных программ послевузовского профессионального образования – программ ординатуры» (регистрационный № 11145 от 15 июля 2022 года) (САЗ 22-27)). Во время тестирования обучающийся выбирает правильный(е) ответ(ы) из предложенных нескольких вариантов ответов. Каждый обучающийся отвечает на 100 тестовых вопросов, на решение которых отводится 120 минут(2 астрономических часа).

2 этап - оценка практических навыков и умений - состоит из демонстрации практических навыков и умений, приобретенных в результате освоения программы ординатуры.

3 этап – устный экзамен по дисциплине Общая гигиена с целью определения сформированности профессиональных компетенций выпускника, профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения. Каждый билет состоит из пяти теоретических вопросов, в процессе проведения государственного экзамена обучающемуся могут быть заданы уточняющие или дополнительные вопросы в рамках билета. На подготовку к ИГА ординатору выделяется 2 недели. После выбора билета ординатор готовится к ответу 30 минут, отвечает согласно регламенту 20 минут. По решению комиссии обучающийся может быть освобожден от необходимости полного ответа на вопрос билета, уточняющий или дополнительный вопрос.

Этапы государственного экзамена	Компетенции, которые оцениваются в ходе этапа
1 этап - в форме тестирование	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7
2 этап - оценка практических навыков и умений	
3 этап – устный экзамен по дисциплине	

5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.

Проведение ИГА определяется календарным учебным графиком, выполнением индивидуального плана ординатора и расписанием ИГА.

Перед итоговой государственной аттестацией обучающиеся должны ознакомиться с программой ИГА. Подготовка к государственному экзамену может проводиться в формах, как устного повторения пройденных дисциплин (с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д.), так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.

6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации. Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

6.1. **Критерии оценки результатов тестирования**

Подведение итогов 1 этапа в форме тестирования. Результат решения тестов

оценивается по пятибалльной системе:
- 49% и менее правильных ответов - «неудовлетворительно»;
- 50% - 70% - «удовлетворительно»;
- 71% - 84% - «хорошо»;
- 85% - 100% - «отлично».

6.2. Критерии оценки практических навыков и умений

Результаты 2 этапа определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол ИГА. Обучающиеся, получившие оценку «неудовлетворительно» к 3 этапу государственного экзамена не допускается, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений;

- «хорошо» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет;

- «удовлетворительно» - обучающийся обладает удовлетворительными теоретическими знаниями - знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний - не знает методики выполнения, практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и т.д.; и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

6.3. Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.

Результаты 3 этапа государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «хорошо» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «удовлетворительно» - обучающийся показывает частичное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз с учетом принятой классификации. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций, демонстрируя поверхностное знание предмета;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не показывает освоение планируемых результатов обучения по пройденным темам, не может сформулировать диагноз или неправильно его ставит. Не может правильно ответить на большинство дополнительных вопросов, характеризующих уровень освоения необходимых компетенций.

7. Содержание государственного экзамена

7.1.Тестировние: Приложение 1

7.2.Практические навыки: Прилодение 2

7.3 Устное собеседование Приложение 3

8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

1. Гигиена с основами экологии человека: учебник предназначен студентам, интернам, ординаторам и аспирантам медицинских вузов / ред. П. И. Мельниченко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 752 с+ CD
2. Труд и здоровье / Н. Ф. Измеров [и др.]. - Москва : Литтерра, 2014. - 416 с.
3. Кучма В. Р. Гигиена детей и подростков [Электронный ресурс] : учебник предназначен студентам, интернам, ординаторам и аспирантам медицинских вузов / В. Р.Кучма. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 528 с. Режим доступа:
4. http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970434987.html
5. Коммунальная гигиена. [Электронный ресурс] : учебник предназначен студентам, интернам, ординаторам и аспирантам медицинских вузов /ред. В. Т.Мазаев. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 704 с. : ил. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970430217.html 6. Архангельский В. И. Гигиена. Compendium [Электронный ресурс] : учебное пособие предназначено студентам, интернам, ординаторам и аспирантам медицинских вузов /В. И. Архангельский. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 392 с.: ил. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970420423.html
6. Авалиани С.Л., Балбус Дж., Голуб А.А. и др. Управление окружающей средой на основе методологии анализа риска: учебное пособие. – М.: Теис, 2010. - 215 с.
7. Азизов Б.М., Чепегин И.В. Производственная санитария и гигиена труда: Учебное пособие. - М.: Инфра-М, 2018. - 349 с.
8. Большаков А.М., Маймулов В.Г. Общая гигиена. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.
9. Бурак И.И. Общая гигиена: учебно-метод. пособие. В 2 ч. Ч. 1 / И.И. Бурак, Н.И. Миклис. - Витебск: ВГМУ, 2017. – 323 с.
10. Волкова Н.А. Организация надзора за питанием населения в Российской Федерации: учебное пособие. – М.: РМАПО, 2011.
11. Гигиена труда. / Под ред. Акад. РАМН, проф. Н.Ф. Измерова, проф. В.Ф. Кирилова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.
12. Гигиена: учебник. - 2-е изд., исправл. и дополн. / Под ред. Ю. В. Лизунова, С. М. Кузнецова. - Санкт-Петербург: СпецЛит, 2017. - 719 с.
13. Гигиена труда: учебник/Под ред. Н.Ф. Измерова, В.Ф. Кириллова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 592 с.
14. Глебова Е.В. Производственная санитария и гигиена труда. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Высшая школа, 2007. - 382 с.
15. Государственная политика здорового питания населения: задачи и пути реализации на региональном уровне: руководство для врачей. / Под ред. В.А. Тутельяна и Г.Г. Онищенко. – М. Издательство РАМА, 2009.
16. Губернский Ю.Д. Иванов С.И., Рахманин Ю.А. Экология и гигиена жилой среды: для специалистов Роспотребнадзора. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 208 с.
17. Ефремова О.С. Охрана труда от А до Я. Изд.6-е, перераб. и доп. – М.: Издательство «Альфа-Пресс», 2010. - 624 с.
18. Задворная О.Л., Хотимченко С.А., Савченко Л.М. и др. Формирование здорового образа жизни. Руководство - М.: Медпрактика – М, 2014.-1129 с.

Приложение 1

Тестироваание

1. Медицинское обслуживание рабочих на предприятиях организуется по принципу:
а) производственному
б) территориальному
в) социально-экономическому
2. Состав санитарно- бытовых помещений на предприятии формируется в зависимости от:
а) численного состава работающих
б) полового состава работающих
в) возрастного состава работающих
г) характеристики производственного процесса
3. Сооружения по очистке вентиляционного воздуха от пыли:
а) циклоны
б) ЗИЛ-900
в) вытяжной шкаф
г) пылеосадочная камера
4. Основные гигиенические требования к рациональному искусственному освещению:
а) достаточность
б) равномерность
г) применение открытых ламп
д) использование только местного освещения
5. Непостоянные шумы подразделяются на:
а) колеблющийся во времени
б) прерывистый
в) тональный
г) импульсный
6. Наиболее эффективное средство борьбы с пылью при плавлении металла:
а) дистанционное управление
б) вентиляция
в) увлажнение
г) таблетирование
д) СИЗ
7. Как классифицируется по происхождению древесная пыль:
а) органическая естественная растительного происхождения
б) органическая естественная животного происхождения
в) органическая искусственная
г) неорганическая минеральная
д) неорганическая металлическая
8. Наиболее эффективное средство борьбы с пылью шлифовке деталей:
а) СИЗ
б) вентиляция
в) увлажнение
г) таблетирование
9. Поддержание тела в определенном положении относится к виду мышечной работы, которая называется:
а) положительная динамическая работа
б) отрицательная динамическая работа
в) статическая работа
10. Утомление – это:
а) нарушение динамического производственного стереотипа вследствие охранительного торможения в коре головного мозга
б) патологическое состояние организма, возникающее в результате чрезмерной работы
в) временное снижение работоспособности, вызванное выполнением тяжелой физической работы
11.Работоспособность – это:
а) величина функциональных возможностей организма

б) состояние, возникающее под воздействием трудовой деятельности
в) раздел физиологии, изучающий влияние работы на организм человека
г) совершенствование умений и навыков, путем многократного повторения рабочих операций

12. Подъем груза относится к виду мышечной работы, которая называется:
а) положительная динамическая работа
б) отрицательная динамическая работа
в) статическая работа

13. Интеллектуальные формы труда характеризуются:
а) монотонней труда
б) вовлечением в работу средних групп мышц
в) состоянием оперативной готовности к действию
г) гипокинезией

14.Человек способен воспринимать как звук колебания с частотой:
а) 10 – 10 000 Гц
б) 16 – 20 000 Гц
в) 28 – 30 000 Гц
г) 10 – 25 000 Гц

15. При невозможности снижения шума в источнике, какой из видов защиты рабочих является наиболее рациональным:
а) витаминизация
б) лечебно-профилактические мероприятия
в) снижение шума по пути распространения
г) применение средств индивидуальной защиты

16. Порогом слышимости звука называется:
а) наименьшая сила звука, которая воспринимается органом слуха
б) наибольшая сила звука, которая воспринимается органом слуха
в) наибольшая сила звука, которая воспринимается как звук
г) звук силой 1 дБ

17.Акустические колебания, характеризующиеся самой малой амплитудой, называются:
а) ультразвук
б) высокочастотный звук
в) инфразвук
г) звуковые колебания средней частоты

18. В каких единицах выражается интенсивность ультразвука:
а) дБ
б) Герц
в) м\с^2
г) нит

19. Для удаления пыли при обработке изделия на шлифовальном станке наиболее часто используется:
а) зонт
б) вытяжной шкаф
в) кожух
г) бокс

20. Для снижения в зоне дыхания паров органических растворителей наиболее целесообразным является применение вентиляции:
а) механической общей приточной и общей вытяжной
б) механической местной вытяжной и общей приточной
в) аэрации
г) все перечисленное верно

21. Применение организованной управляемой вентиляции (аэрации) эффективно в следующих цехах:
а) сталеплавильных
б) прокатных
в) гальванических
г) сварочных

22. Кондиционирование воздуха это:
а) вентиляционная установка поддерживающая микроклимат помещении
б) вентиляционная установка поддерживающая в помещении постоянный воздухообмен
в) вентиляционная установка поддерживающая воздухообмен и микроклимат в зависимости от метеоусловий
г) вентиляционная установка поддерживающая воздухообмен в помещении и микроклимат независимо от метеоусловий

23. Создание оптимальных и допустимых параметров микроклимата производственных помещений достигается:
а) технологическими мероприятиями
б) архитектурно строительными решениями
в) системой вентиляции
г) комплексом указанных мероприятий
24.Укажите источники общей вибрации:
а) рубильные и отбойные молотки
б) перфораторы и пневмотрамбовки
в) электро - и бензомоторные пилы
г) виброплатформы, вибростенды, прессы
д) шлифовальные и сверлильные машины
25. Пылевые частицы делятся на:
а) растворимые
б) нерастворимые
в) слаборастворимые
г) нет деления пылевых частиц по растворимости
26.Может ли шум называться постоянным, если уровни его во времени измеряются от 5 до 10 дБ?
а) да
б) нет
27.Укажите относительные единицы измерения интенсивности (силы) звука, шума:
а) герц
б) фон
в) бел
г) сон
д) децибел
28. Как классифицируется производственная вентиляция по назначению:
а) искусственная
б) приточно- вытяжная
в) вытяжная
г) общая
д) приточная

29. Предварительные медицинские осмотры проводятся с целью:
а) оценить здоровье рабочего перед увольнением
б) при стаже работы 10-12 месяцев
в) перед очередным профсоюзным отпуском
г) поступления на работу
30. Коэффициент естественной освещённости- это:
а) отношение абсолютной освещенности на рабочем месте к абсолютной освещённости вне здания ,выраженное в %
б) отношение глубины помещения к расстоянию от верхнего края окна до пола
в) отношение застеклённой площади окон к площади помещения
г) отношение расстояния от светонесущей до противоположной стены
31. При длительной работе ламп накаливания в воздухе помещений:
а) образуется диоксид углерода
б) повышается температура
в) ионизируется воздух
32. Нормативная величина коэффициента (глубина) заложения:
а) не менее 2,5
б) не более 2,5
в) не более 5,5
г) не менее 1,5
33. Очень большую яркость имеют лампы:
а) накаливания
б) люминесцентные
в) кварцевые
г) бестеневые
34. Для обеззараживания объектов окружающей среды используют лампы:
а) бактерицидные из увиолевого стекла
б) эритемно - увиолевые

в) дневного света
г) лампы накаливания
35. Для измерения освещённости применяют прибор:
а) актинометр
б) люксметр
в) пиранометр
г) радиометр
д) гигрометр
36. Направление ветра определяют:
а) чашечным анемометром
б) флюгером
в) кататермометром
г) крыльчатым анемометром
д) барометром
37. Кататермометры применяют для определения:
а) температуры воздуха
б) относительной влажности воздуха
в) скорости движения воздуха
г) абсолютной влажности воздуха
д) охлаждающей способности воздуха
38. Относительная влажность - это
а) упругость водяных паров, находящихся в данное время в воздухе
б) упругость водяных паров в состоянии полного насыщения ими воздуха
в) процентное отношение фактической упругости водяных паров в воздухе к максимально возможной влажности воздуха при данной температуре
г) отношение абсолютной влажности к максимальной
39. Относительная влажность измеряется:
а) мм. рт. ст
б) кПа
в) %
г) мк/см/сек.
д) м/сек.
40. Нормируется влажность воздуха:
а) абсолютная
б) максимальная
в) относительная
г) минимальная
41. Для обеспечения теплового комфорта человека в помещении большое значение имеют:
а) температура воздуха
б) температура воздуха и величина перепадов температуры по горизонтали и вертикали помещения
в) температура воздуха и величина перепадов температуры по горизонтали и вертикали помещения, температура внутренних поверхностей стен
г) температура внешних поверхностей стен
42. Для обеспечения благоприятных условий терморегуляции при высокой температуре воздуха в помещении необходимо создать**:**
а) низкую влажность и высокую подвижность воздуха
б) низкую влажность и низкую подвижность воздуха
в) высокую влажность и высокую подвижность воздуха
г) высокую влажность и низкую подвижность воздуха
43. Для обеспечения благоприятных условий для системы терморегуляции при низкой температуре воздуха в помещении необходимо создать:
а) низкую влажность и высокую подвижность воздуха
б) низкую влажность и низкую подвижность воздуха
в) высокую влажность и высокую подвижность воздуха
г) высокую влажность и низкую подвижность воздуха
44. Условия, способствующие увеличению теплоотдачи путём излучения:
а) высокая температура окружающих поверхностей
б) низкая температура окружающих поверхностей
в) низкая подвижность воздуха
г) воздуха высокая подвижность;
45. Микроклимат - это:

а) закономерная последовательностьметеорологических процессов,выявляющаяв многолетнем режимепогоды вданной местности
б) сочетание метеорологических условий впомещении;
в) сочетание метеорологических условий вприземном слое небольших участков земной поверхности
г) совокупность метеорологических условийв определенном месте в данное время

46. Фактор, не определяющий микроклимат:
а) освещенность;
б) температура воздуха;
в) влажность воздуха;
г) скорость движения воздуха.

47. Индивидуальные средства защиты от шума:
а) респиратор;
б) заглушки-вкладыши;
в) маска;
г) защитные очки.

48. Что представляет собой умственное утомление по своей физиологической сущности?
а) Перевозбуждение в центральной нервной системе
б) Патологическое состояние организма
в) Запредельное торможение коры головного мозга
г) Охранительное торможение коры головного мозга
д) Разлитое торможение коры головного мозга

49. Размеры СЗЗ для объектов I класса опасности составляют:
а) 1000 метров
б) от 500 м до 999 м;
в) от 300 м до 499 м;
г) свыше 1000 м;
д)10000 м

50. Свободные от застройки и дорог территория промышленного объекта используются для:
а) Озеленения и благоустройства
б) складирования изделий и материалов
в) временного хранения демонтированного оборудования
г) установки контейнеров для сбора твердых отходов
д) приема и хранения сырья

51. К каким частотам звука наиболее чувствителен слуховой анализатор?
а) от 10 о 200 Гц
б) от 1000 до 1500 Гц
в) от 10 до 20 Гц
г) от 20 до 30 Гц
д) от 50 до 100 Гц

52. В бытовых помещениях производственных зданий КЕО должен быть не менее:
а) 5%
б) 2%
в) 3%
г) 10%
д) 0,25%

53. В случае непрохождения обязательного медицинского осмотра рабочими администрация предприятия проводит следующие меры:
а) Отстранение лиц от работы
б) Ходатайство об увольнении лиц
в) Переводит их на другую работу
г) Посылают на переподготовку
д) Объявляют предупреждение

54. Периодические медицинские осмотры проводятся с целью:
а) выявления любых отклонений в состоянии здоровья
б) выявления заболеваний, являющихся противопоказаниями к данной работе
в) выявления ранних признаков профессиональных заболеваний.

55. При анализе заболеваемости с ВУТ используют показатели случаев и дней нетрудоспособности:
а) абсолютные

б) относительные (на 100 работающих)
в) экстенсивные (удельный вес)
56. В отчетной форме ВН-16 по заболеваемости с ВУТ статистическую обработку показателей заболеваемости проводят:
а) по 30 нозологическим формам
б) по 35 нозологическим формам
в) по 37 нозологическим формам
57. Единицей измерения эквивалентного уровня звукового давления является:
а) дБ
б) дБА
в) Гц
58. Естественное освещение подразделяется на :
а) боковое
б) верхнее
в) комбинированное (верхнее и боковое)
г) вертикальное
59.Состав хозяйственно-бытовых сточных вод в течение дня:
а) постоянно изменяется
б) относительно однотипен
в) изменяется 2 раза в течение суток
г) изменяется через равные промежутки времени в течение суток
60. Расход промышленных сточных вод в течение суток:
а) постоянен и равномерен
б) равномерен в дневное время и периодичен в ночное
в) неравномерен, могут быть залповые выпуски
г) равномерен и никогда не изменяется
61.Состав сточных вод промышленных предприятий характеризуется:
а) четко выраженным однообразием
б) возможностью изредка изменяться
в) чрезвычайным разнообразием, все зависит от особенностей тех. процесса
г) возможно случайное изменение состава
62.Метод обезвреживания отходов без использования ценных свойств:
а) механический
б) утилизационный
в) ликвидационный
г) радикальный
63.Метод использование части отходов, основанный на экономических соображениях при обезвреживании отходов:
а) утилизационный
б) промышленный
в) механизированный
г) рациональный
64.Подземные резервуары - выгреба устраиваются в районах:
а) благоустроенных
б) не канализованных
в) канализованных
г) промышленно развитых
65.Вывоз жидких отбросов из выгребных ям осуществляют:
а) грузовым транспортом
б) мусоровозом
в) ассенизационным транспортом
г) прицепом, цистерной
66.При обеззараживании питьевой воды УФ-излучением органолептические свойства воды могут
а) улучшаться
б) ухудшаться
в) не изменяться

67. Вода должна быть питьевого качества в точках водопровода
а) перед поступлением в распределительную сеть
б) перед поступлением в распределительную сеть и в местах водозабора
в) перед поступлением в распределительную сеть, в местах водозабора и в местах водоразбора
г) в местах водозабора
68. Класс источника централизованного питьевого водоснабжения устанавливается
а) проектной организацией
б) органами охраны природы
в) Управлением Роспотребнадзора
г) органами местного самоуправления
69. О чем свидетельствует наличие в воде термотолерантных колиформных бактерий? (укажите один вариант ответа)
а) О свежем загрязнении
б) О постоянном загрязнении
в) О периодическом загрязнении
70. Какое количество воды необходимо для проведения краткого санитарного анализа? (укажите один вариант ответа)
а) 5 л.
б) 10 л.
в) 2 л.
г) 1 л.
71. Достаточна или нет освещенность люминесцентными лампами в 300 лк для кабинета детского аллерголога ?(укажите один вариант ответа)
а) Недостаточна
б) Правильный ответ дать невозможно
в) Достаточна
72. Достаточна или нет освещенность люминесцентными лампами в 300 лк для кабинета врача ? (укажите один вариант ответа)
а) Недостаточна
б) Достаточна только для тех кабинетов, где не осматривают больных
в) Достаточна для всех врачебных кабинетов
73. При каком значении КЕО освещенность в операционной будет достаточной ?
(укажите один вариант ответа)
а) Не менее 0,5 - 0,75%
б) Не менее 1.5%
в) Не менее 1,0%
г) Не менее 1,25%
д) Не менее 2,0%
е) Не более 2,0%
74. Какой из показателей для оценки естественной освещенности наиболее объективен? (укажите один вариант ответа)
а) Световой коэффициент
б) Коэффициент заложения
в) Коэффициент естественной освещенности
г) Угол отверстия
75. Лечебное питание применяется с целью:
а) лечения больных
б) алиментарной профилактики обострений, осложнений, рецидивов заболеваний, перехода острого течения болезни в хронические
в) предупреждения воздействия на организм вредных факторов производственной среды
76. В патогенезе пищевых токсикоинфекций основную роль играют:
а) живые микробы, размножившиеся в пище
б) токсические микроскопические формы грибов
в) токсины, образовавшиеся в пище в результате размножения микробов
г) ядовитые растения и грибы

77. Грибы, вызывающие пищевое отравление:
а) бледная поганка
б) сыроежка
в) строчки
г) мухоморы
78. Госсанэпиднадзор за текущим состоянием пищевых объектов является:
а) формой оценки соответствия требованиям санитарного законодательства
б) формой организации производственного контроля
в) формой управления процессом производства
79. Инструментарий, используемый для изучения физического развития, должен отвечать следующим требованиям
а) быть унифицированным и стандартизированным
б) проходить метрологическую поверку
в) легко дезинфицироваться
г) удобно транспортироваться
80. При массовых антропометрических обследованиях для составления стандартов физического развития обязателен сбор следующих сведений об обследуемом
а) дата обследования
б) пол
в) возраст (число полных лет)
г) год, месяц и число рождения
д) регион проживания
е) национальность
ж) социальное положение
з) состояние здоровья
81. Наиболее интенсивны процессы роста и развития в возрасте
а) грудном
б) дошкольном
в) младшем школьном
г) подростковом
82.Физиологическая потребность в пищевых волокнах у взрослого человека, г в сутки:
а) 5
б) 10
в) 20
г) 40
д) 100
83.С возрастом интенсивность основного обмена …
а) увеличивается
б) уменьшается
84.Симптомы недостаточности витамина А:
а) гиперкератоз
б) ломкость и исчерченность ногтей
в) нарушение сумеречного зрения
г) сухость и шелушение кожи
д) разрыхлённость десен
85.Балластные вещества пищи (пищевые волокна, клетчатка) нужны организму для
а) получения энергии
б) получения витаминов и минеральных веществ
в) получения небольшого количества энергии, стимуляции перистальтики кишечника, выведения из организма холестерина, нормализация полезной микрофлоры кишечника
86.Характерные признаки пищевых отравлений
а) массовость
б) контагиозность
в) связь заболевания с приемом пищи
г) короткий инкубационный период
87.В основе профилактики бактериальных пищевых отравлений лежит
а) предупреждение заражения пищи микроорганизмами
б) предупреждение размножения бактерий в пище
в) уничтожение микроорганизмов в пище в процессе тепловой обработки
г) соблюдение условий и времени хранения готовой пищи
88.Для кишечных инфекций с пищевым путем передачи в отличии от пищевых отравлений характерно:
а) массовость
б) внезапное начало

в) контагиозность
г) связь заболевания с приемом пищи

89.Общие меры профилактики пищевых отравлений бактериального происхождения
а) Предупреждение попадания микроорганизмов, возбудителей пищевых отравлений в продукты
б) Предупреждение их размножения в продуктах путем применения холода
в) Уничтожение микроорганизмов в пище термической обработкой

90.Споры возбудителя ботулизма сохраняются
а) в поверхностных слоях почвы
б) в иле водоемов, рек
в) на фруктах, овощах

91. Выберите из перечисленных веществ те, содержание которых в рационе не нормируется:
а) белки
б) жиры
в) пищевые волокна
г) углеводы
д) витамины
е) витаминоподобные вещества

92.Содержание животного белка в рационе (в процентах от суточной потребности в белках) должно составлять:
а) не более 60%
б) не менее 55%

93. Продукты, являющиеся источниками преимущественно омега-3 полиненасыщенных жирных кислот.
а) Сливочное масло
б) Подсолнечное масло
в) Бараний жир
г) Рыбий жир

94.Продукты – основные источники углеводов.
а) Овощи и фрукты
б) Мясо и мясные продукты
в) Злаковые и продукты их переработки
г) Молоко и молочные продукты
д) Сахар и кондитерские изделия

95.Продукты – основные источники пищевых волокон.
а) Овощи и фрукты
б) Мясо и мясные продукты
в) Злаковые и крупы
г) Молоко и молочные продукты
д) Сахар и кондитерские изделия

96. Большее количество витаминов группы В содержится в муке:
а) высшего сорта
б) 1 сорта
в) 2 сорта

97.Большая энергетическая ценность муки:
а) высшего сорта
б) 1 сорта
в) 2 сорта

98.В приемный покой поступил больной с диагнозом: острый гломерулонефрит. Врач приемного покоя назначил больному лечебное питание в виде варианта диеты с повышенным количеством белка. Оцените правильность назначения.
а) правильно
б) неправильно

99.Укажите вариант диеты лечебного питания, назначаемый при язвенной болезни желудка.
а) Основная стандартная
б) С механическим и химическим щажением
в) С повышенным количеством белка
г) С пониженным количеством белка
д) С пониженной калорийностью

100.Какие гельминтозы могут передаваться человеку с мясом свиней?
а) тениидоз (финноз)
б) трихинеллез
в) дифиллоботриоз
г) описторхоз

Приложение 2

Приложение 3

1. Антропонозные, зоонозные и сапронозные кишечные инфекции. Их общая характеристика.
2. Условия реализации механизма передачи возбудителя кишечных инфекций.
3. Сравнительная характеристика эпидемического процесса кишечных инфекций при различных путях передачи возбудителя.
4. Направленность профилактических и противоэпидемических мероприятий при кишечных инфекциях.
5. Эпидемиологический надзор за кишечными инфекциями.
6. Брюшной тиф. Эпидемиология и профилактика.
7. Дизентерия. Эпидемиология и профилактика.
8. Вирусные гепатиты «А» и «Е». Эпидемиология и профилактика.
9. Полиомиелит. Эпидемиология и профилактика.
10. Паразитарные заболевания, их общая характеристика.
11. Аскаридоз. Эпидемиология и профилактика.
12. Энтеробиоз. Эпидемиология и профилактика.
13. Тениаринхоз. Эпидемиология и профилактика.
14. Тениоз. Эпидемиология и профилактика.
15. Дифилоботриоз. Эпидемиология и профилактика.
16. Описторхоз. Эпидемиология и профилактика.
17. Характеристика источника возбудителя при капельных инфекциях.
18. Условия реализации механизма передачи при капельных инфекциях.
19. Направленность профилактических и противоэпидемических мероприятий при капельных инфекциях.
20. Эпидемиологический надзор при капельных инфекциях.
21. Стафилококковая инфекция. Скарлатина. Эпидемиология и профилактика.
22. Менингококковая инфекция. Эпидемиология и профилактика.
23. Дифтерия. Эпидемиология и профилактика.
24. Коклюш. Эпидемиология и профилактика.
25. Грипп. Эпидемиология и профилактика.
26. Эпидемический паротит. Эпидемиология и профилактика.
27. Корь. Эпидемиология и профилактика.
28. Краснуха. Эпидемиология и профилактика.
29. Оспа. Эпидемиология и профилактика.
30. Характеристика источника возбудителя при трансмиссивных инфекциях.
31. Условия реализации механизма передачи при трансмиссивных инфекциях.
32. Направленность противоэпидемических мероприятий при трансмиссивных инфекциях.
33. Эпидемиологический надзор при трансмиссивных инфекциях.
34. Сыпной тиф. Болезнь Брилля. Эпидемиология и профилактика.
35. Вирусный гепатит «Б», «С», «Д». Эпидемиология и профилактика.
36. Малярия. Эпидемиология и профилактика.
37. ВИЧ – инфекция. Эпидемиология и профилактика.
38. Сифилис. Эпидемиология и профилактика.
39. Гонорея. Эпидемиология и профилактика.
40. Аногенитальная инфекция. Эпидемиология и профилактика.
41. Хламидийная инфекция. Эпидемиология и профилактика.
42. Чесотка. Эпидемиология и профилактика.
43. Бруцеллез. Эпидемиология и профилактика.
44. Лептоспирозы. Эпидемиология и профилактика.
45. Сальмонеллез. Эпидемиология и профилактика.
46. Чума. Эпидемиология и профилактика.
47. Туляремия. Эпидемиология и профилактика.
48. Бешенство. Эпидемиология и профилактика.
49. Эхинококкоз. Эпидемиология и профилактика.
50. Сибирская язва. Эпидемиология и профилактика.
51. Иерсиниозы. Эпидемиология и профилактика.
52. Холера. Эпидемиология и профилактика.
53. Ботулизм. Эпидемиология и профилактика.
54. Столбняк. Эпидемиология и профилактика.
55. Коронавирусная инфекция (COVID-19). Эпидемиология и профилактика.
56. Пневмококковая инфекция. Эпидемиология и профилактика.
57. Проявления эпидемического процесса госпитальной инфекции.
58. Механизм развития эпидемического процесса при госпитальной инфекции.

59. Основные принципы профилактики госпитальных инфекций.
60. Определение понятий «дезинфекция», «стерилизация», «дезинсекция», «дератизация».
61. Виды дезинфекции.
62. Физическая дезинфекция.
63. Химическая дезинфекция.
64. Очаговая и профилактическая дезинфекция.
65. Основные принципы устройства дезинфекционных камер.
66. Дезинфекция при кишечных инфекциях.
67. Дезинфекция при инфекциях дыхательных путей.
68. Дезинфекция (дезинсекция) при кровяных инфекциях (сыпной и возвратный тифы).
69. Дезинфекция при инфекциях наружных покровов.
70. Дезинфекция при инфекциях с различными механизмами передачи.
71. Контроль качества дезинфекции.
72. Контроль качества камерного обеззараживания вещей.
73. Международные медико-санитарные правила.
74. Организация санитарной охраны территории от завоза карантинных инфекций.
75. Противоэпидемические мероприятия, проводимые в рамках санитарной охраны территории.

ПАТОЛОГИЯ

1. Основные понятия нозологии. Болезнь как нарушение гомеостаза.
2. Номенклатура и классификация болезней.
3. Общая этиология. Общий патогенез. Причинно-следственные взаимоотношения в патогенезе.
4. Венозная гиперемия. Причины, механизмы, последствия.
5. ДВС - синдром. Стадии. Патогенез.
6. Экссудация. Механизмы развития. Значение.
7. Фагоцитоз при воспалении. Причины эмиграции лейкоцитов в очаг воспаления. Механизмы фагоцитарной деятельности лейкоцитов.
8. Понятие об иммунном гомеостазе, механизмы гуморального и клеточного иммунитета.
9. Опухоли. Определение сущности опухолевого роста. Этиология опухолей. Современные теории опухолевого роста. Современная классификация опухолей. Принципы ее построения. Вторичные изменения в опухолях.
10. Доброкачественные, злокачественные и опухоли с местным деструирующим ростом. Критерии злокачественности. Понятие о рецидиве.

ПЕДАГОГИКА

1. Определите место педагогики в системе современного человекознания.
2. Назовите способы структурирования содержания образования и проиллюстрируйте их на примере.
3. Дайте характеристику законодательным актам в сфере образования.
4. Какие документы составляют нормативную основу образования?
5. Что означает понятие «обучение»? Как ваше собственное понимание этого понятия соотносится с его научной трактовкой?
6. В чем обнаруживается сходство и различие процессов обучения и лечения как древнейших видов гуманитарной практики?
7. Какие типы и виды обучения оптимальны на доклиническом и клиническом этапах медицинского образования?
8. В чем суть поэтапного формирования знаний и умений? Пояснить на примерах.
9. Какие требования к выбору форм организации познавательной деятельности обучаемых на учебном занятии существуют в дидактике?
10. Что лежит в основе классификации форм организации познавательной деятельности? Как связаны между собой формы организации познавательной деятельности и цели обучения?
11. От чего зависит выбор форм организации познавательной деятельности к конкретному занятию?
12. Какие формы обучения наиболее рационально использовать на разных этапах обучения в медицинском вузе и при обучении разных категорий обучаемых (медицинский персонал, пациенты, их родственники)?

Инфекционные болезни, в том числе туберкулез

1. Этиология и эпидемиология туберкулеза. Особенности патоморфология на современном этапе. Моделирование эпидемиологической ситуации.
2. Клиническая классификация туберкулеза в соответствии с МКБ-10. Понятие о лекарственно устойчивом туберкулезе. основные симптомы и синдромы туберкулеза органов дыхания.
3. Выявление больных туберкулезом. Группы повышенного риска заболевания. Флюорографический и бактериологический методы выявления больных туберкулезом. Туберкулинодиагностика.
4. Понятие об очаге туберкулезной инфекции. Классификация очагов туберкулезной инфекции. Работа в эпидемиологическом очаге. План и методы оздоровления очага в целях предупреждения распространения туберкулеза.
5. Специфическая санитарная и социальная профилактика туберкулеза. Цели и задачи.

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. Медицинское право, как отрасль права.
2. Источники медицинского права.

3. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья.
4. Права и обязанности медицинских работников.
5. Понятие и виды медико-социальной помощи.
6. Особенности медицинской услуги
7. Особенности регулирования труда медицинских работников
8. Правонарушение и юридическая ответственность
9. Гражданско-правовая ответственность субъектов предоставления и оказания медико-социальной помощи.
10. Дисциплинарная ответственность медицинских работников.
11. Административная ответственность должностных лиц.
12. Уголовная ответственность медицинских работников.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

1. Дайте определение науки «Общественное здоровье и здравоохранение». Задачи общественного здоровья и здравоохранения. Объект изучения общественного здоровья и здравоохранения.
2. Какие методы используют при изучении общественного здоровья и здравоохранения?
3. Назовите главные критерии оценки эффективности системы здравоохранения.
4. Назовите базовые функции системы здравоохранения.
5. Дайте определения фактора риска. Перечислите факторы риска и кратко охарактеризуйте.
6. Дайте определение медицинской демографии и перечислите ее основные разделы.

7. Перечислите известные Вам исторически сложившиеся на этапах развития названия предмета Общественное здоровье и здравоохранение. С чем связано существование большого числа названий предмета?

8. Воспроизводство населения (естественное движение населения).
Общие и специальные показатели, методика расчета, анализ и оценка
9.Миграция населения: внешняя, внутренняя (урбанизация,
сезонная). Факторы, ее определяющие. Влияние миграции на здоровье населения
10. Естественный прирост населения, факторы на него влияющие.
Противоестественная убыль населения.
11. Дайте определения “заболеваемость”, распространенность болезней”,
патологическая пораженность”
12.От чего зависит полнота учета заболеваемости?

Министерство здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики
Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Медицинский факультет
Центр медицинского послевузовского образования

УТВЕРЖДАЮ
Министр здравоохранения ПМР
_____К.В.Албул
«_04_» _января_ 2024 г.

СОГЛАСОВАНО
Ученым советом факультета
протокол № 5
от «29» декабря 2023г.
Председатель
Ученого совета факультета
_____Г.Н.Самко

ПРОГРАММА
ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ

образовательной программы
высшего образования- программы ординатуры

Специальность **31.08.68 УРОЛОГИЯ**

Квалификация выпускника: Врач-уролог
Трудоемкость: 108 часов-3з.е.
Сроки проведения: _____

Тирасполь, 2023

Программа итоговой государственной аттестации образовательной программы высшего образования- программы ординатуры по специальности 31.08.68 Урология разработана в соответствии с Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.68 Урология (утвержденным Приказом Министерства Просвещения Приднестровской Молдавской Республики № 622 от 11.07.2022 г. «Об утверждении и введении в действие Государственного образовательного стандарта послевузовского профессионального образования - ординатуры)

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании кафедры Хирургии с циклом онкологии протокол № 4 от «20» ноября 2023 г.
Заведующий кафедрой Хирургии с циклом онкологии _____ Фомов Г.В.

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УМК факультета

«12» декабря 2023 г. (протокол № 4)

Председатель УМК _____ (А.В. Васильчук)

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УС факультета

«29» декабря 2023 г. (протокол № ____)

Председатель УС _____ (Г.Н. Самко)

Программу составили:

Ассистент _____ Ангел Р. Г.

Содержание

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.
2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры
3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации.
4. Форма и структура итоговой государственной аттестации.
4.1 Форма итоговой государственной аттестации.
4.2 Трудоёмкость итоговой государственной аттестации.
4.3 Структура итоговой государственной аттестации.
5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.
6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации.
6.1 Критерии оценки результатов тестирования
6.2 Критерии оценки практических навыков и умений.
6.3 Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.
7. Содержание государственного экзамена.
7.1 Тестирование
7.2 Практические навыки.
7.3. Устное собеседование
8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

Приложения

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.

Цель - определение соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры требованиям Государственному образовательному стандарту послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.68 «Урология».

Задачи:

— установление уровня подготовки выпускника к выполнению профессиональных задач (оценка степени сформированности всех компетенций, предусмотренных Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.68 «Урология», характеризующих готовность выпускников к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации - врач-уролог).

— принятие решения о выдаче обучающемуся, успешно прошедшему итоговую государственную аттестацию по программе ординатуры, диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации.

2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры

Итоговая государственная аттестация относится к базовой части программы - Блок 3. итоговая государственная аттестация и завершает процесс освоения имеющих государственную аккредитацию образовательных программ ординатуры.

Итоговая государственная аттестация образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.68 «Урология» завершается присвоением квалификации " врач-уролог".

3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путём обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- физические лица женского пола (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку готовности выпускников, освоивших программу ординатуры, к следующим видам профессиональной деятельности:

— профилактическая;
— диагностическая;
— лечебная;
— реабилитационная;
— психолого-педагогическая;
— организационно-управленческая.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

а) готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу - УК1;

б) готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные,

этнические, конфессиональные и культурные различия - УК2;

в) готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее или высшее профессиональное образование - УК3.

Профессиональные компетенции (ПК):

а) профилактическая деятельность:

а) профилактическая деятельность:

1) готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания - ПК1;

2) готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными - ПК2;

3) готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях - ПК3;

4) готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медикостатистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков - ПК4;

б) диагностическая деятельность - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - ПК5;

в) лечебная деятельность:

1) готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании урологической медицинской помощи - ПК6;

2) готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации - ПК7;

г) реабилитационная деятельность - готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении - ПК8;

д) психолого-педагогическая деятельность - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих - ПК9;

е) организационно-управленческая деятельность:

1) готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях - ПК10;

2) готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей - ПК11;

1) готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации - ПК12.

4.Форма и структура итоговой государственной аттестации

4.1.Форма итоговой государственной аттестации

Итоговая государственная аттестация обучающихся по образовательной программе ординатуры 31.08.68 «Урология» проводится в форме государственного экзамена.

4.2.Трудоёмкость итоговой государственной аттестации

Объем итоговой государственной аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) - сдачу государственного экзамена.

4.3.Структура итоговой государственной аттестации

В Блок 3 " Итоговая Государственная аттестация" входят подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена. Перед государственным экзаменом по специальности для ординаторов проводятся предэкзаменационные консультации по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в три этапа:

1 этап - тестирование, проводится для получения сертификата специалиста, имеет целью определить готовность специалиста к самостоятельной профессиональной (медицинской) деятельности (согласно Приказу Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 31.05.2022г №477 «Об утверждении Порядка приема граждан на обучение по образовательным программам послевузовского профессионального образования – программам ординатуры, а также Порядка реализации образовательных программ послевузовского профессионального образования – программ ординатуры» (регистрационный № 11145 от 15 июля 2022 года) (САЗ 22-27)). Во время тестирования обучающийся выбирает правильный(е) ответ(ы) из предложенных нескольких вариантов ответов. Каждый обучающийся отвечает на 100 тестовых вопросов, на решение которых отводится 120 минут(2 астрономических часа).

2 этап - оценка практических навыков и умений - состоит из демонстрации практических навыков и умений, приобретенных в результате освоения программы ординатуры.

3 этап – устный экзамен по дисциплине Урология с целью определения сформированности профессиональных компетенций выпускника, профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения. Каждый билет состоит из пяти теоретических вопросов, в процессе проведения государственного экзамена обучающемуся могут быть заданы уточняющие или дополнительные вопросы в рамках билета. На подготовку к ИГА ординатору выделяется 2 недели. После выбора билета ординатор готовится к ответу 30 минут, отвечает согласно регламенту 20 минут. По решению комиссии обучающийся может быть освобожден от необходимости полного ответа на вопрос билета, уточняющий или дополнительный вопрос.

Этапы государственного экзамена	Компетенции, которые оцениваются в ходе этапа
1 этап - в форме тестирование	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7 ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.
2 этап - оценка практических навыков и умений	
3 этап – устный экзамен по дисциплине	

5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.

Проведение ИГА определяется календарным учебным графиком, выполнением индивидуального плана ординатора и расписанием ИГА.

Перед итоговой государственной аттестацией обучающиеся должны ознакомиться с программой ИГА. Подготовка к государственному экзамену может проводиться в формах, как устного повторения пройденных дисциплин (с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д.), так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.

6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации. Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

6.1. **Критерии оценки результатов тестирования**

Подведение **итогов 1 этапа в форме тестирования. Результат решения тестов оценивается по ятибалльной системе:**

- 49% и менее правильных ответов - «неудовлетворительно»;
- 50% - 70% - «удовлетворительно»;
- 71% - 84% - «хорошо»;
- 85% - 100% - «отлично».

6.2. Критерии оценки практических навыков и умений

Результаты 2 этапа определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол ИГА. Обучающиеся, получившие оценку «неудовлетворительно» к 3 этапу государственного экзамена не допускается, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений;

- «хорошо» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет;

- «удовлетворительно» - обучающийся обладает удовлетворительными теоретическими знаниями - знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний - не знает методики выполнения, практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и т.д.; и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

6.3. Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.

Результаты 3 этапа государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой

классификации, правильно отвечает на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «хорошо» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «удовлетворительно» - обучающийся показывает частичное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз с учетом принятой классификации. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций, демонстрируя поверхностное знание предмета;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не показывает освоение планируемых результатов обучения по пройденным темам, не может сформулировать диагноз или неправильно его ставит. Не может правильно ответить на большинство дополнительных вопросов, характеризующих уровень освоения необходимых компетенций.

7. Содержание государственного экзамена

7.1.Тестировние: Приложение 1
7.2.Практические навыки: Прилодение 2
7.3 Устное собеседование Приложение 3

8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

1. Урология : нац. руководство / Ассоц. мед. о-в по качеству ; И. И. Абдуллин и др. ; под ред. Н. А. Лопаткина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009.
2. Урология : нац. рук. / под ред. Н. А. Лопаткина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013.
3. Онкоурология: нац. рук. / [Б. Я. Алексеев и др.] ; под ред. В.
3. И. Чиссова и [др.]. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 688 с.
4. Разин М. П. Детская урология – андрология : [учеб. пособие] / М. П. Разин, В. Н. Галкин, Н. К. Сухих. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 128 с.
5. Атлас по детской урологии / Т. Н. Куликова, П. В. Глыбочко, Д. А. Морозов [и др.]. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 160 с.
6. Урология: [учеб. для высш. проф. образования] / [Н. А. Лопаткин, А. А. Камалов, О. И. Аполихин и др.] ; под ред. Н. А. Лопаткина. – 7-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 860 с.
7. Урология : учеб. для студентов мед. вузов / Н. А. Лопаткин, А. Г. Пугачев, О. И. Аполихин и др. ; под ред. Н. А. Лопаткина. - 6-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007.
8. Урология : / [Д. Ю.Пушкарь, А. В. Зайцев, А. С. Сегал и др.] ; под ред. Д. Ю. Пушкаря. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 380 с.
9. Урология [Текст] : [учебник для высшего профессионального образования] / [Х. М. Али, Ю. Г. Аляев, Г. Н. Акопян и др.] ; под ред. П. В. Глыбочко, Ю. Г. Аляева. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 618 с.
10. Урология, 2007 : клинич. рекомендации / Рос. о-во урологов ; гл. ред. Н. А. Лопаткин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007.
11. Урология : учеб. пособие / Е. Б. Мазо и др. ; под ред. Е. Б. Мазо ; Рос. гос. мед. ун-т. - М. : РГМУ, 2007.
12. Форбс Ч. Клиническая медицина: цв. атлас и учеб. / Ч. Д.

13. Форбс, У. Ф. Джексон. – Москва, Логосфера, 2009. – 528 с. : ил. – URL : Ма, О. Дж. Ультразвуковое исследование в неотложной медицине / О. Дж. Ма, Дж. Р. Матиэр, М. Блэйвес. – 2-е изд. (эл.). – Москва :
14. БИНОМ. Лаб. знаний, 2013. – 560 с. – (Неотложная медицина).
15. Лоран, О. Б. Воспалительные заболевания органов мочевой системы: актуальные вопросы : учебное пособие для врачей. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : МИА, 2011. - 91 с.
16. Диагностика и лечение инфекций мочевых путей в работе участкового врача и врача общей практики : учебно-методическое пособие / Российский государственный медицинский университет, Кафедра терапии и семейной медицины ФУВ ; сост. Г. Е. Ройтберг и др. - Москва : ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, 2009.
17. Белый, Л. Е. Неотложная урология: руководство для врачей. - Москва : МИА, 2011. - 468 с.
18. Плановая хирургия, урология : учеб.-метод. пособие / Рос. гос. мед. ун-т, Каф. дет. хирургии ; [Л. Б. Меновщикова, С. Л. Коварский, С. Г. Врублевский и др. ; под ред. А. В. Гераськина, Т. Н. Кобзевой]. - М. : РГМУ, 2010.
19. Лазерная терапия в урологии / М. Л. Муфагед, Л. П. Иванченко, С. В. Москвин и др. - Москва ; Тверь : Триада, 2007.
20. Иванченко, Л. П. Лазерная терапия в урологии / Л. П. Иванченко, А. С. Коздоба, С. В. Москвин. - Москва : Триада, 2009.
21. Детская хирургия. Диагностика и интенсивная терапия неотложных состояний детского возраста : [учеб.-метод. пособие для лечеб. фак.] / Российский гос. мед. ун-т, Каф. дет. хирургии ; [С. Л. Коварский, Л. Б. Меновщикова, С. Г. Врублевский и др. ; под ред. А. В. Гераськина, Т. Н. Кобзевой]. - Москва : РГМУ, 2010.
22. Гиперактивный мочевой пузырь у детей : учебно-методическое пособие / Российский государственный медицинский университет, Кафедра детской хирургии ; под ред. А. В. Гераськина. - Москва : ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, 2009.

Приложение 1

1. У больной 40 лет после 2-х перенесенных ранее операций на почке по поводу нефролитиаза выявлен пионефроз (гнойное расплавление почки). Наиболее целесообразным методом операции у нее является
   1) нефростомия операционная
   2) оперативное лечение не проводить
   3) катетеризация мочеточника
   4) нефростомия пункционная
   5) Нефрэктомия

2.. У больного 19 лет варикоцеле слева II стадии. Ему следует рекомендовать
   1) операцию по Иваниссевичу
   2) ношение суспензория
   3) физиотерапию на мошонку

3. У больного 16 лет врожденный фимоз. Ему целесообразно:
   1) оперативное лечение не показано
   2) расширение крайней плоти инструментально
   3) иссечение крайней плоти
   4) пластическая операция с сохранением крайней плоти
   5) возможны варианты 3) и 4)

4. Больная 37 лет в течение 2 лет страдает артериальной гипертензией с цифрами 180/110 мм рт. ст. При обследовании заподозрен вазоренальный характер гипертензии с поражением артерии правой почки. Для уточнения диагноза предполагается выполнение почечной ангиографии. Какую лечебную тактику Вы изберете в случае выявления стеноза почечной артерии?
   1) срочная операция - пластика почечной артерии
   2) баллонная дилатация стеноза почечной артерии
   3) срочная операция - нефрэктомия со стороны стеноза
   4) ничего не делать
   5) консервативная гипотензивная терапия

5. Больная 28 лет в течение последних 2 лет отмечает боли в правой половине поясницы, возникающие в вертикальном положении, преимущественно во второй половине дня, особенно при физической нагрузке, и постепенно проходящие в положении лежа. В правой половине живота определяется гладкое, подвижное, смещаемое в подреберье, умеренно болезненное образование, нижний край которого располагается на уровне верхней передней ости подвздошной кости. Ваш предположительный диагноз?
   1) опухоль восходящего отдела толстой кишки
   2) водянка желчного пузыря
   3) правосторонний нефроптоз
   4) киста яичника
   5) поясничная дистопия почки

6. У больной 38 лет артериальная гипертензия с цифрами 180?110 мм рт. ст. Во время беременности в 22-летнем возрасте перенесла острый правосторонний пиелонефрит, который в последующем неоднократно обострялся, по поводу чего лечилась стационарно. В последние 5 лет обострения прекратились, но оставалась хроническая инфекция мочевых путей. Наблюдается урологом по поводу хронического правостороннего пиелонефрита. Два года назад появилась артериальная гипертензия с постепенно прогрессирующими цифрами артериального давления, которые к настоящему времени стабилизировались. При обследовании обнаружена нефункционирующая сморщенная правая почка. Функция левой почки удовлетворительная. Какой вид лечения Вы предложите больной?
   1) симптоматическое
   2) санаторно-курортное
   3) правосторонняя нефрэктомия
   4) баллонная дилатация почечной артерии справа

7. У больной с камнем нижней трети правого мочеточника в течение последнего года постоянные боли в поясничной области справа. Ранее имели место приступообразные боли в области правой почки. При пальпации в правом подреберье определяется опухолевидное образование с гладкой поверхностью ровными контурами, слегка баллотирующее. По данным радиоизотопного и рентгенологического исследований функция левой почки удовлетворительная, справа отсутствует. Каков Ваш диагноз?
   1) солитарная киста почки

2) туберкулез почки
3) гидронефроз справа
4) поликистоз почек
5) аденокарцинома почки

8. У больного имеется подозрение на гидронефротическую трансформацию единственной левой почки. При биохимическом исследовании крови уровень мочевины составляет 10,5 ммоль/л, уровень креатинина - 0,467 мкмоль/л. Какой из перечисленных методов позволит немедленно верифицировать диагноз?

1) радиоизотопная ренография
2) обзорная урография
3) ультразвуковое исследование
4) экскреторная урография
5) ретроградная уретеропиелография

9. Какие симптомы из перечисленных наиболее характерны для гидронефроза? 1) анурия 2) ноющие боли в поясничной области 3) гематурия 4) опухолевидное образование, пальпируемое в подреберье 5) острая задержка мочи Выберите правильную комбинацию ответов

1) 1, 2, 5
2) 2, 3, 4
3) 1, 4, 5
4) 2, 4, 5
5) 1, 3, 5

10. Какие из приведенных ниже заболеваний могут способствовать развитию гидронефротической трансформации? 1) эпидиморхит 2) болезнь Ормонда 3) мочекаменная болезнь 4) опухоли матки и придатков 5) поликистоз почек Выберите правильную комбинацию ответов

1) 1, 2, 5
2) 1, 4, 5
3) 2, 3, 4
4) 2, 4, 5
5) 1, 3, 5

11. У больной 3 месяца назад во время операции экстирпации матки был поврежден левый мочеточник, дефект которого был немедленно ушит. После операции отмечает появление и прогресирование тупых, ноющих болей в левой поясничной области. При пальпации в левом подреберье определяется опухолевидное образование с гладкой поверхностью, ровными контурами, слегка баллотирующее. Общие анализы мочи и крови - без особенностей. По данным радиоизотопного и рентгенологического исследований функция правой почки удовлетворительная, слева отмечается значительное снижение функции. Какое состояние возникло у больной?

1) аденокарцинома почки
2) поликистоз почек
3) пионефроз
4) гидронефротическая трансформация
5) сморщенная почка

12. В клинику в состоянии шока (АД – 70/40 мм рт. ст., тахикардия - 120 в минуту, бледность кожных покровов) доставлен больной, который упал со строительных лесов с высоты 2-го этажа. В правой поясничной области выбухание, кожные ссадины, имеется болезненность и напряжение мышц в правой половине живота. На обзорной рентгенограмме почек и мочевых путей справа тень почки и изображение контуров поясничной мышцы осутствуют, имеется перелом XI и XII ребер. Какое исследование Вы изберете для уточнения диагноза?

1) цистоскопия
2) уретрография
3) УЗИ
4) биохимическое исследование крови
5) цистография

13. Какое сочетание признаков характерно для мочекислого нефролитиаза? 1) наличие рентгенонегативного камня почки 2) резко щелочная реакция мочи 3) кислая реакция мочи 4) гиперурикурия 5) фосфатурия Выберите правильную комбинацию признаков

1) 1, 2, 5
2) 1, 2, 4
3) 2, 4, 5

4) 1, 3, 4
5) 3, 4, 5

14. При обследовании больной К. 40 лет, доставленной в приемное отделение больницы бригадой скорой помощи, диагностирован острый левосторонний пиелонефрит, камень левого мочеточника. Какое из нижеперечисленных исследований позволит подтвердить или отвергнуть нарушение пассажа мочи из левой почки?

катетеризация мочевого пузыря
обзорная рентгенография
урофлоуметрия
хромоцистоскопия
радиоизотопная нефросцинтиграфия

15. У больного 60 лет, поступившего в экстренном порядке с тотальной безболевой макрогематурией, пальпируется объемное образование в подреберной области слева. Пациент также жалуется на субфебрильную гипертермию на протяжении 2 месяцев. В анализах крови - повышение СОЭ до 50 мм/ч. Ваш предварительный диагноз?

гепатолиенальный синдром
опухоль левой почки
аденома простаты
левосторонний гидронефроз
поликистоз почек

16. Больной 60 лет поступил в клинику с тотальной безболевой макрогематурией и жалобами на похудание, периодическое повышение температуры до субфебрильных цифр, боли в левой поясничной области. При пальпации мошонки было выявлено варикозное расширение вен левого семенного канатика, левой нижней конечности. Какой Ваш предварительный диагноз?

1) туберкулез почек
2) мочекаменная болезнь
3) портальный цирроз печени
4) опухоль почки с инвазией нижней полой вены
5) папиллярная опухоль мочеточника

17. Больная 25 лет поступила в клинику экстренно с жалобами на повышение температуры тела до 39-40 С, озноб, обильное потоотделение, слабость, тошноту, рвоту, тупую боль в поясничной области и в подреберье справа. При осмотре: частый пульс до 100 в минуту, ритмичный, язык чистый, влажный, живот при пальпации болезненный в правой половине. В анализах мочи: лейкоциты покрывают все поле зрения, бактериурия. В анализе крови: лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ повышена. При хромоцистоскопии: индигокармин выделяется из левого устья на 5-й минуте интенсивно, из правого - на 8-й минуте. Ваш диагноз?

1) острый аппендицит
2) острый холецистит
3) острый правосторонний необструктивный пиелонефрит (гематогенный)
4) тазовый перитонит
5) острая кишечная непроходимость

18. У больной 22 лет на 24-й неделе беременности появились тупые боли в правой поясничной области, однократно был озноб, повысилась температура тела до 39 С. Страдает хроническим тонзиллитом. При осмотре: правая поясничная область пальпаторно болезненная, перитонеальной симптоматики нет. Больная старается лежать на левой половине тела. В анализах мочи: лейкоциты до 2-4 в поле зрения. Ваш диагноз?

1) отслоение нормально расположенной плаценты
2) острый холецистит
3) острый панкреатит
4) острый пиелонефрит беременных
5) внематочная беременность

19. В приемное отделение обратился пациент 34 лет с жалобами на боли в поясничной области с обеих сторон, отсутствие самостоятельного мочеиспускания в течение 8 часов. Год назад диагностирована мочекаменная болезнь, камни обеих почек - 0,5-0,6 см. При катетеризации мочевого пузыря мочи не получено. По данным УЗИ - билатеральное расширение чашечно-лоханочных систем. Каков Ваш предположительный диагноз?

1) секреторная анурия
2) экскреторная анурия

3) острая задержка мочеиспускания
4) хронический пиелонефрит
5) хроническая почечная недостаточность

20. Пациент 60 лет поступил в клинику с тотальной безболевой макрогематурией со сгустками на фоне субфебрилитета в течение последних 2 месяцев. Какие методы исследования необходимо выполнить в срочном порядке?

1) цистоскопию + экскреторную урографию
2) хромоцистоскопию + исследование мочи по Нечипоренко
3) урофлоуметрию мочевого пузыря + микроскопию осадка мочи
4) катетеризацию мочевого пузыря + микроскопию осадка мочи
5) ретроградную уроцистографию + исследование концентрации мочевины крови

21. Больной 32 лет поступил в клинику с жалобами на повышение температуры тела до 39,6 С. Состояние больного тяжелое, положение больного с приведенным к животу бедром, резкая болезненность при его разгибании, выбухание в поясничной области и гиперемия справа, болезненность в поясничной области, особенно в правом костовертебральном углу, защитное сокращение поясничных мышц при легкой пальпации, сколиоз поясничного отдела позвоночника. Какое экстренное обследование необходимо произвести больному для установления диагноза?

1) радиоизотопная ренография
2) урофлоуметрия
3) хромоцистоскопия
4) обзорная и экскреторная урография

22. Больная 21 года, жалобы на боли в левой половине живота при физической нагрузке. Пальпаторно на уровне пупка определяется гладкое малоподвижное безболезненное образование. По данным экскреторной урографии пальпируемое образование - почка, мочеточник которой четко не виден. Правая почка расположена нормально, функция ее удовлетворительная. Какой метод исследования позволит точно установить вид аномалии почки у больной?

1) цистография
2) радиоизотопная ренография
3) хромоцистоскопия
4) почечная ангиография
5) УЗИ

23. У больного 42 лет артериальная гипертензия с цифрами 220/120 мм рт. ст. Заболевание возникло внезапно, выявлено год назад при диспансерном осмотре. Родители больного не страдали артериальной гипертензией. Лечение у терапевта гипотензивными средствами неэффективно. При выслушивании живота в эпигастрии справа определяется систолический шум. Заподозрена вазоренальная артериальная гипертензия. Какой метод исследования позволит уточнить диагноз, выявить характер поражения почечной артерии?

1) радиоизотопная ренография
2) УЗИ почек
3) исследование глазного дна
4) почечная ангиография
5) экскреторная урография

24. Какое сочетание методов обследования позволит точнее дифференцировать нефроптоз от дистопии почки? 1) экскреторная урография 2) ретроградная пиелоурография 3) радиоизотопная ренография 4) аортография 5) хромоцистоскопия Выберите правильную комбинацию ответов.

1) 1, 3, 5
2) 1, 2, 4
3) 2, 3, 4
4) 2, 3, 5
5) 3, 5

25. Больной 37 лет поступил в клинику с жалобами на повышение температуры тела до 39-49 С, озноб. 4 дня назад появились боли в поясничной и подреберной областях справа при глубоком вдохе. Боли постепенно усиливались. При осмотре: болезненность при пальпации правой поясничной области, особенно в реберно-позвоночном углу, позвоночник искривлен вправо. Пальпация области правой почки болезненна, резко положительные симптомы Израэля и Пастернацкого справа (болезненность при надавливании в области поясничного треугольника). Сколиоз поясничного отдела позвоночника. Больной лежит в положении с приведенным к животу правым бедром. Разгибание бедра резко болезненно. В правой поясничной области выбухание и гиперемия кожи. На обзорном снимке нечеткость контуров поясничной мышцы, искривление

позвоночника вправо. Тень почки размыта. На экскреторной урограмме мочеточник отклонен медиально, слабо дифференцируется его прилоханочный отдел. Подвижность правой почки при дыхании резко ограничена. Ваш диагноз?

1) опухоль почки
2) радикулит
3) почечная колика
4) паранефрит
5) остеохондроз

26. У больной 48 лет в течение нескольких месяцев отмечается микрогематурия, тупые боли в поясничной области. На обзорной урограмме теней конкрементов в проекции верхних мочевых путей не выявлено. На серии экскреторных урограмм функция почек сохранена, имеется некоторое расширение чашечно-лоханочной системы слева и эктазия левого мочеточника до средней трети, где имеется дефект наполнения округлой формы. При ретроградной катетеризации левого мочеточника катетер встретил на 15-м сантиметре легко преодолимое препятствие, при прохождении которого из дистального отверстия мочеточникового катетера выделялась кровь, выделение которой затем прекратилось, и при дальнейшем продвижении катетера стала выделяться частыми каплями чистая моча. Какой Ваш диагноз?

1) уратный камень мочеточника
2) рак паренхимы почки
3) папиллярная опухоль мочеточника
4) туберкулезное поражение почки и мочеточника
5) волчаночный нефрит

27. При осмотре родившегося ребенка врач обнаружил у него дефект передней брюшной стенки ниже пупка с отсутствием передней стенки мочевого пузыря и пролабированием задней его стенки, видны устья мочеточников - из них ритмично поступает моча, выливаясь на кожу лобка и внутреннюю поверхность бедер. Консультация уролога: экстрофия мочевого пузыря, показано оперативное лечение. В какие сроки?

1) в течение первого года жизни ребенка
2) в течение 3-5 лет
3) в юношеском возрасте
4) при появлении менструации или первых половых признаков
5) по достижении половой зрелости

28. Из вытрезвителя доставлен больной 36 лет с жалобами на боли в животе и невозможность самостоятельного мочеиспускания. 6 часов назад он был избит. При обследовании: периодически садится. Живот умеренно вздут, болезнен при пальпации, особенно в нижних отделах. Перкуторно в отлогих местах притупление, создается впечатление о наличии жидкости в брюшной полости. Катетер Нелатона №18 свободно проведен в мочевой пузырь - выделилось 100 мл мочи с кровью. АД – 120/80 мм рт. ст. Пульс - 88 в минуту, хорошего наполнения. Hb - 140 г/л. Какое исследование Вы изберете для установления диагноза?

1) уретрографию
2) УЗИ почек и мочевого пузыря
3) цистографию в 2 проекциях и снимок после опорожнения мочевого пузыря
4) биохимическое исследование крови
5) ренографию

29. Больная 29 лет поступила в клинику с жалобами на учащенное, болезненное мочеиспускание с интервалом 20-30 минут, небольшую примесь крови в моче в конце мочеиспускания, боли в надлобковой области вне акта мочеиспускания. Моча мутная, лейкоциты покрывают все поле зрения. Выделений из половых путей и уретры не обнаружено. Половой партнер венерическими заболеваниям не страдает. Ваш диагноз?

1) вульвовагинит
2) аднексит
3) простая язва мочевого пузыря
4) острый цистит
5) парацистит

30. Больной 63 лет поступил в стационар с острой задержкой мочи в течение 5 суток. Мочу из мочевого пузыря эвакуировали катетером. В анамнезе в течение 2 лет дневная и ночная поллакиурия. В момент осмотра температура тела 38,3 С, гнойные выделения из уретры. Перкуторно: верхняя граница мочевого пузыря - на 4 см выше лонного сочленения. Ректально: предстательная железа увеличена в 2,5 раза, тугоэластической консистенции, болезненная. Ваша лечебная тактика?

1) трансуретральная резекция аденомы предстательной железы
2) установление постоянного катетера в мочевой пузырь, двусторонняя вазорезекция

3) периодическая катетеризация мочевого пузыря
4) одномоментная чреспузырная аденомэктомия
5) эпицистостомия

31. У больного 55 лет диагностирована аденокарцинома предстательной железы в стадии T1M0. Больному рекомендовано оперативное лечение. Выберите оптимальное оперативное вмешательство
1) билатеральная вазэктомия, эпицистомия
2) одномоментная чреспузырная аденомэктомия предстательной железы
3) неотложная трансуретральная электрорезекция предстательной железы
4) лазерная комиссуротомия и аблация простаты
5) радикальная простатэктомия

32. Больной 72 лет отмечает интенсивную примесь крови в моче, периодически без болевых ощущений выделяются бесформенные сгустки крови темно-красного цвета. В течение 20 лет работал на химическом заводе,производившем анилиновые красители. Какое заболевание Вы предполагаете?
1) хронический интерстициальный цистит
2) хронический пиелонефрит, осложненный мочекаменной болезнью
3) форникальное кровотечение на фоне венной почечной гипертонии
4) опухоль мочевого пузыря

33. У больного 60 лет выявлена доброкачественная гиперплазия предстательной железы 3-й стадии. Жалобы на недержание мочи, жажду, слабость. При УЗИ: объем предстательной железы 96 см3. При ректальном исследовании: предстательная железа значительно увеличена в объеме (в 3 раза). Остаточной мочи - 410 мл. Имеется билатеральный уретерогидронефроз, анемия. Мочевина крови - 16 ммоль/л, креатинин - 200 мкмоль/л. Какую лечебную тактику Вы изберете?
1) одномоментная чреспузырная аденомэктомия предстательной железы
2) неотложная срочная трансуретральная электрорезекция предстательной железы
3) лазерная комиссуротомия и аблация простаты
4) эпицистостомия
5) программный гемодиализ с предварительным созданием артериовенозной фистулы

34. У больного 58 лет диагностирована аденома предстательной железы 1-й стадии. Объем предстательной железы - 29 см3. Выявлены камни простаты, хронический калькулезный простатит. Ночная поллакиурия 1 раз, днем мочеиспускание с интервалом 3-4 часа. Укажите оптимальный вид необходимого лечения
1) медикаментозная консервативная терапия *
2) одномоментная чреспузырная аденомэктомия предстательной железы
3) неотложная срочная трансуретральная электрорезекция предстательной железы
4) лазерная комиссуротомия и аблация простаты
5) позадилобковая аденомэктомия по Миллину

35. При осмотре наружных половых органов мальчика выявлено, что наружное отверстие уретры расположено в области пеноскротального угла. Какой вид аномалии у ребенка?
1) эписпадия
2) гипоспадия
3) экстрофия мочевого пузыря
4) фимоз
5) парафимоз

36. Больной 20 лет во время игры в футбол получил удар ногой в промежность. Появилась уретроррагия. Отмечает позывы к мочеиспусканию, но самостоятельно помочиться не может. Над лоном определяется выбухание, над которым при перкуссии выявляется тупой звук. Имеется гематома промежности. Из уретры выделяется кровь. Какой Ваш предварительный диагноз?
1) разрыв почки
2) разрыв мочевого пузыря
3) разрыв уретры
4) повреждение простаты
5) гематома промежности

37. Больной 62 лет в течение 2 последних лет отмечает постепенное болезненное увеличение в объеме левой половины мошонки. При осмотре: левая половина мошонки увеличена в объеме более, чем в 3 раза, кожа не изменена, пальпаторно тугоэластической консистенции, однородна, безболезненна, яичко с придатком и элементами семенного канатика не дифференцируется. Симптом диафаноскопии положительный. Правая половина мошонки со структурными элементами не изменена. Каков Ваш диагноз?

1) левосторонняя мошоночная грыжа
2) опухоль левого яичка
3) водянка оболочек левого яичка
4) киста придатка левого яичка

38. Правильный порядок элементов почечной ножки спереди назад:
1) вена, артерия, лоханка
2) артерия, вена, мочеточник
3) вена, мочеточник, артерия
мочеточник,
4) вена, артерия
5) артерия, мочеточник, вена

39. К левой почке спереди и снаружи примыкают:
1) селезенка
2) нисходящая ободочная кишка
3) петли тонкого кишечника
4) поджелудочная железа
5) правильно 1) и 2)

40. Преренальная анурия встречается:
1) при сердечной недостаточности
2) при отравлении ядами и лекарственными препаратами
3) при обильных кровопотерях
4) правильно 1) и 2)
5) правильно 1) и 3)

41. Задержка мочеиспускания – это:
1) отсутствие выделения мочи почками
2) невозможность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря
3) отсутствие мочи в мочевом пузыре при его катетеризации
4) отсутствие самостоятельного мочеиспускания в горизонтальном положении
5) парадоксальная ишурия

42. Задержка мочеиспускания встречается при всем перечисленном, кроме:
1) атрезии наружного отверстия уретры
2) нейрогенной дисфункции мочевого пузыря
3) обтурации мочеточников
4) аденомы предстательной желез

43. Гематурия – это:
1) наличие в моче кровяного пигмента гемоглобина
2) выделение крови из мочеиспускательного канала
3) выделение крови с мочой
4) наличие в моче порфирина
5) эритроцитурии

44. К аномалиям положения почек относятся:
1) дистопия гомолатеральная (торакальная, поясничная, подвздошная, тазовая)
2) нефроптоз
3) дистопия гетеролатеральная (перекрестная)
4) только 1) и 2)
5) только 1) и 3)

45. Характерными рентгенологическими признаками тазовой и поясничной дистопии почки являются:
1) ротация почки
2) извитой, достаточной длины мочеточник
3) низко отходящая, короткая сосудистая ножка
4) только 1) и 2)
5) только 1) и 3)

46. К симметричным формам сращения почек относят:
1) S-образную почку
2) подковообразную и галетообразную почку

3) L-образную почку
4) Y-образную почку

47. Поликистоз почек - это заболевание
1) врожденное
2) приобретенное
3) одностороннее
4) двустороннее
5) правильно 1) и 4)

48. Удвоение почки - это наличие:
1) двух лоханок
2) двух мочеточников
3) разделение почки на два сегмента, с наличием двух лоханок, каждая из которых имеет отдельное кровоснабжение
4) расщепление мочеточника

49. Закон Вейгерта - Мейера действует:
1) при удвоении лоханки
2) при удвоении почки
3) при расщеплении мочеточника
4) при неполном удвоении почки
5) при удвоении мочеточника

50. Диагноз уретероцеле ставят на основании данных:
1) Цистоскопии
2) нефросцинтиграфии
3) аортографии
4) только 2) и 3)
5) всего перечисленного

51. Показаниями к оперативному лечению нефроптоза является все перечисленное, за исключением:
1) вазоренальной гипертонии
2) гидронефротической трансформации
3) I стадии нефроптоза
4) болей в области почки, лишающих больного трудоспособности

52. Наиболее часто вызывает пиелонефрит:
1) кишечная палочка
2) протей
3) палочка сине-зеленого гноя
4) стафилококк
5) энтерококк

53. Факторами, способствующими возникновению острого пиелонефрита, являются:
1) полиурия
2) перегревание
3) нарушение пассажа мочи и оттока венозной крови из почки
4) нарушение притока артериальной крови к почке
5) все перечисленное

54. Минимальное количество лейкоцитов в осадке мочи, указывающее на наличие лейкоцитурии, составляет:
1) 2-3 лейкоцитов в поле зрения
2) больше 6 лейкоцитов в поле зрения
3) больше 10 лейкоцитов в поле зрения
4) больше 20 лейкоцитов в поле зрения
5) лейкоциты покрывают все поля зрения

55. Количество жидкости, которое следует употреблять больному острым пиелонефритом:
1) резко ограничено
2) ограниченное количество
3) обычное количество

4) повышенное количество

56. Наиболее частой причиной развития пиелонефрита у беременных является:
1) сдавление увеличенной маткой мочеточников
2) дилатация мочеточников за счет гормональных изменений
3) все перечисленные изменения

57. Больному 32 года. Поступил по поводу острого гнойного пиелонефрита, камня нижней трети правого мочеточника. Болен 10 дней. На экскреторных урограммах функция правой почки отсутствует в течение 1.5 часов наблюдения. Больному необходимы:
1) плановое обследование с целью уточнения функции почек
2) катетеризация мочеточника
3) уретеролитотомия
4) срочная операция - ревизия почки, нефростомия, интенсивная антибактериальная терапия
5) интенсивная антибактериальная терапия

58. Хронический пиелонефрит чаще всего возникает:
1) у новорожденных
2) в раннем детском возрасте
3) в юношеском возрасте
4) в среднем возрасте
5) в пожилом и старческом возраст

59. У больного 42 лет при диспансеризации установлена лейкоцитурия (до 35-40 лейкоцитов в поле зрения). Для выявления источника лейкоцитурии (уретра, предстательная железа, почки или мочевой пузырь) ему необходимо провести:
1) анализ мочи общий
2) двухстаканную или трехстаканную пробу мочи
3) пробу Нечипоренко
4) исследование мочи, полученной путем катетеризации мочевого пузыря
5) провокационный преднизолоновый тест

60. Боли при остром паранефрите:
1) локализуются в поясничной области
2) иррадиируют в область лопатки
3) иррадиируют кпереди и книзу в область бедра
4) иррадиируют в спину
5) иррадиируют в область пупка

61. Основными симптомами острого цистита являются все перечисленные, кроме:
1) поллакиурии
2) Полиурии
3) терминальной гематурии
4) болей при мочеиспускании
5) пиурии

62. Дифференциальную диагностику цистита следует проводить:
1) с аппендицитом
2) с туберкулезом и опухолью мочевого пузыря
3) с эндометриозом мочевого пузыря
4) с колитом
5) правильно 2) и 3)

63. При циститах не следует применять:
1) диетотерапию
2) фитотерапию
3) местное лечение
4) лучевую терапию
5) медикаментозное лечение

64. В развитии цистита играют роль:
1) патогенные микроорганизмы
2) микоплазмы

3) вирусы
4) хламидии
5) все перечисленное

65. Невенерический уретрит – это:
1) уретрит, при котором инфекция попадает непосредственно в уретру половым путем
2) трихомонадный уретрит
3) уретрит, возникший при гематогенном проникновении инфекционного начала

66. Венерический уретрит – это:
1) обменный
2) хламидийный
3) гонорейный
4) трихомонадный
5) правильно 2), 3) и 4)

67. Характерными симптомами острого уретрита являются все перечисленные, кроме:
1) болей при мочеиспускании
2) гематурии и отека кожи мошонки
3) гнойных выделений из уретры
4) отека губок наружного отверстия уретры
5) учащенного мочеиспускания

68. Баланопостит - это воспаление:
1) крайней плоти полового члена
2) головки полового члена
3) парауретральных желез
4) крайней плоти и головки полового члена

69. Предрасполагающими факторами к возникновению баланопостита являются:
1) сужение крайней плоти (фимоз)
2) искривление полового члена
3) сахарный диабет
4) правильно 1) и 2)
5) правильно 1) и 3)

70. Парафимоз – это:
1) сужение отверстия крайней плоти полового члена
2) ущемление головки полового члена суженной крайней плотью
3) воспаление кавернозного тела уретры и головки полового члена
4) воспаление вен полового члена

71. Лечение парафимоза заключается:
1) в попытке вправления головки полового члена
2) в иссечении крайней плоти
3) в наложении губчато-пещеристого анастомоза
4) в рассечении ущемляющего кольца
5) правильно 1) и 4)

72. Приапизм - это длительная эрекция полового члена за счет:
1) напряжения кавернозных тел полового члена
2) сокращения наружного сфинктера мочевого пузыря

73. При остром эпидидимите придаток яичка:
1) резко напряжен и болезненен
2) увеличен
3) атрофичен
4) правильно 1) и 2
5) правильно 1) и 3)

74. К этиологическим факторам мочекаменной болезни относятся:
1) нарушение фосфорно-кальциевого обмена
2) нарушение обмена щавелевой кислоты

3) нарушение пуринового обмена
4) мочевая инфекция (пиелонефрит)
5) все перечисленное

75. Не влияют на образование мочевых камней следующие местные изменения в мочевых путях:
1) шовный материал (шелк, лавсан, даксон)
2) перегиб, стриктура мочеточника, уростаз
3) инородное тело (дренажная трубка, металлическая скобка и др.)
4) гипертонус мочеточника, лоханки, чашечек

76. К рентгеноконтрастным типам камней относятся все перечисленные, кроме:
1) оксалатов
2) фосфатов
3) смешанных
4) уратов

77. Ультразвуковое сканирование почек целесообразно:
1) а при камне (урате) чашечки почки (подозрении)
2) б при коралловидном камне почки
3) в при камне мочеточника
4) г ни в одном случае
5)) во всех случаях

78. Обзорная и экскреторная урография целесообразны:
1) а при камнях лоханок обеих почек
2) б при коралловидном камне почки (обеих почек)
3) в при камне (урате) мочеточника
4) во всех случаях

79. Посев мочи на микрофлору целесообразен:
1) при остром гнойном пиелонефрите и камне мочеточника
2) при остром серозном пиелонефрите и камне почки
3) при хроническом пиелонефрите в стадии активного воспаления
4) во всех случаях
5) ни в одном случае

80. На дому у больного диагностирована почечная колика, температура 38.3-С в течение двух дней, ознобы. Ваши действия:
1) лечить на дому антибиотиками
2) госпитализировать в терапевтическое отделение
3) срочно госпитализировать в урологический стационар

81. При камне лоханки, остром гнойном пиелонефрите, бактериемическом шоке следует назначить:
1) экстренно нефрэктомию
2) экстренно пиелолитотомию, нефростомию, декапсуляцию почки
3) катетеризацию мочеточника
4) противошоковую терапию, котрикостероиды 1-2 г, внутривенную инфузионную терапию и др., после выведения из шока - оперативное лечение или катетеризацию мочеточника

82. К повреждению почки предрасполагают все перечисленные заболевания, кроме:
1) гидронефроза
2) опухоли почки
3) туберкулеза
4) тазовой дистопии
5) нефроптоз

83. Срочное оперативное лечение при закрытой травме почки показано:
1) при пиурии
2) при высокой температуре
3) при микрогематурии
4) при нарастающей анемии

84. Диагностике урогематомы в забрюшинном пространстве помогает:

1) пальпация плотного образования в поясничной области
2) отсутствие контуров наружного края поясничной мышцы на обзорном снимке почек и мочевых путей
3) напряжение мышц передней брюшной стенки и поясничной области на стороне пораженной почки
4) все перечисленные признаки
5) ни один из перечисленных признаков

85. При травме почки оперативное лечение показано в случае:
1) профузной гематурии со сгустками при нарастании забрюшинной гематомы
2) при макрогематурии
3) когда на экскреторной урограмме отсутствует выделение поврежденной почкой рентгеноконтрастного вещества
4) при нормальной функции контралатеральной почки

86. Открытые повреждения почек чаще встречаются:
1) в мирное время
2) в военное время
3) во время стихийных бедствий
4) при авариях на транспорте

87. В акушерско-гинекологической практике повреждения мочеточника наблюдаются чаще всего:
1) одновременно обоих мочеточников
2) в нижней трети
3) в средней трети
4) в верхней трети

88. При подозрении на повреждение или перевязку мочеточника во время операции для уточнения диагноза нужно произвести:
1) обзорную рентгенографию почек и мочевых путей
2) экскреторную урографию
3) УЗ-исследование почек
4) хромоцистоскопию и катетеризацию мочеточников
5) д) возможно 2) и 4)

89. Ятрогенными причинами травмы мочевого пузыря могут быть:
1) удар в живот
2) перелом костей таза
3) катетеризация мочевого пузыря
4) ранение в ходе гинекологической операции
5) правильно 3) и 4)

90. При внебрюшной травме мочевого пузыря обязательными рентгенографическими исследованиями являются:
1) ретроградная уретроцистография
2) цистоскопия
3) пневмоцистография
4) обзорная урография

91. Предпочтительным видом дренирования мочевого пузыря при его травме является:
1) самостоятельное мочеиспускание
2) постоянный катетер
3) катетеризация мочевого пузыря 2-3 раза в сутки
4) цистостомия

92. Основным симптомом травмы уретры является:
1) макрогематурия
2) уретроррагия
3) задержка мочеиспускания
4) гематома над лоном или промежностная гематома
5) частое, болезненное мочеиспускани

93. Наиболее распространенной классификацией опухолей почечной паренхимы является классификация:
1) С.П.Федорова (1923)

2) Н.А.Лопаткина и сотр. (1972)
3) TNM Международного противоракового союза (1993)
4) С.Петковича (1956)
5) Флокса и Кадецкого (1959)

94. Наиболее частой опухолью почек у детей в возрасте от 6 месяцев до 5 лет является:
1) светлоклеточный рак
2) тератома
3) опухоль Вильмса
4) плоскоклеточный рак
5) саркома

95. Больной мужчина 56 лет обратился к урологу поликлиники с жалобами на внезапное появление крови в моче. Сегодня утром в моче были червеобразные сгустки крови. Гематурия продолжается. Других жалоб нет. Наиболее вероятный диагноз:
1) геморрагический цистит
2) мочекаменная болезнь
3) опухоль почки

96. Первый по частоте среди симптомов опухоли мочевого пузыря – это:
1) гиперпирексия
2) дизурия
3) боли
4) гематурия
5) затрудненное мочеиспускание

97. Рак предстательной железы наблюдается в возрасте после:
1) 10 лет
2) 20 лет
3) 30 лет
4) 50 лет

98. У юноши 16 лет выявлено отсутствие яичек в мошонке и паховых каналах. Физическое развитие нормальное. Ему рекомендуется
1) динамическое наблюдение
2) гормональная терапия (хориогонадотропин, метилтестостерон)
3) операция - ревизия брюшной полости с низведением яичка в мошонку

99. Монорхизм – это:
1) односторонняя агенезия яичка
2) односторонний крипторхизм (другое яичко расположено в мошонке)
3) односторонний вывих яичка
4) гермафродитизм

100. Анорхизм – это:
1) двустороннее неопущение яичек
2) гермафродитизм
3) гонадная агенезия яичек
4) врожденная гипоплазия яичек
5) синдром феминизирующих яичек

Оценка результатов:
Отлично - 80 и более правильных ответов.
Хорошо - 70 – 79 правильных ответов
Удовлетворительно – 60 – 69 правильных ответов.

Приложение 2

1. Методы диагностики скрытой пиурии.
2. Оказание первой помощи при приступе почечной колики.
3. Дифференциальная диагностика Субренальной формы анурии и ОЗМ.
4. Парадоксальная ишурия (Отдельной формой недержания мочи является парадоксальная ишурия. Она наступает в результате длительной задержки мочи, когда чрезмерно растягивается не только мышечная стенка мочевого пузыря, но и сфинктеры, и моча, поступающая в переполненный мочевой пузырь, непроизвольно, каплями выделяется наружу. Наиболее частой причиной парадоксальной ишурии у женщин является сужение уретры, в том числе связанное с гиперкоррекцией при выполнении слинговых операций)
5. Методы диагностики раздельной функции почек
6. Методы диагностики суммарной функции почек.
7. Ультразвуковая диагностика, как метод скрининга.
8. Рентгеновские методы исследования в урологии
9. Цистолитиаз этиология, диагностика.
10. Оперативные методы лечения конкрементов мочеточника.
11. Уретеролитотомия.
12. Пиелотитотомия.
13. Оперативные методы лечения конкрементов ЛМС.
14. Пионефроз.
15. Водянка оболочек яичка.
16. Гидронефроз. Этиология. Классификация.
17. Острый пиелонефрит.
18. Хронический пиелонефрит.
19. Острый цистит.
20. Хронический цистит.
21. Острый простатит.
22. Синдром хронической тазовой боли.
23. Эпидидимит.
24. Недержание мочи. (Стрессовое недержание мочи. Ургентное недержание мочи. Консервативные методы лечения недержания мочи).
25. Оперативные методы лечения недержания мочи.
26. Пиелонефрит беременных.
27. Основы антибактериальной терапии воспалительных урологических заболеваний.
28. Методы детоксикации в урологии. Гемодиализ.
29. ДГПЖ. (Консервативные методы лечения).
30. ДГПЖ (Оперативные методы лечения).
31. ДГПЖ (Оперативные методы лечения).
32. Тактика ведения пациентов с ОЗМ.
33. Наложение троакарной цистостомы.
34. Оценка состояния предстательной железы при пальцевом ректальном исследовании.
35. ТУР синдром.
36. Рак предстательной железы. (Диагностика. Лечение).
37. Рак мочевого пузыря. (Методы диагностика)
38. Рак мочевого пузыря. (Методы лечения.)
39. Опухоли почек. Особенности клиники, диагностики и лечения у детей.
40. Опухоли почек. Особенности клиники, диагностики и лечения у взрослых.
41. Семинома. (Тактика ведения).
42. Закрытые травмы почек. (Тактика ведения).
43. Нефрэктомия.
44. Травмы мочеточника. (Тактика ведения).
45. Тактика выбора оперативного лечения при травме мочеточников после гинекологических операций. (снятие лигатуры, уретероцистоанастомоз, перкутанная нефростомия, Пиелостомия, нефростомия открытая)
46. Травмы мочевого пузыря. (Тактика ведения).
47. Тактика выбора оперативного лечения при повреждении мочевого.

48. Травма уретр. (Тактика ведения).
49. Травмы органов мошонки. (Тактика ведения).
50. Приапизм. (Тактика ведения).
51. Дифференциальный диагноз приапизма (с "переломом" полового члена, кавернитом)
52. Психогенная форма Эректильной дисфункции.
53. Диагностика мужского бесплодия.
54. Варикоцеле.
55. Гипоспадия.
56. Макрогематурия. (Тактика ведения).
57. Характерным клиническим симптомом эктопии устья мочеточника является (сочетание нормального акта мочеиспускания с недержанием мочи.)
58. Диагностический поиск при подозрении на почечную колику.
59. Закон Вейгерта – Мейера.
60. Проведение цистоскопии.
61. Визуальные и топографические ориентиры при цистоскопии.
62. Оценка состояния устья мочеточников при цистоскопии.
63. Стент-ассоциированный симптомы. Тактика ведения.
64. Аберрантными нижнеполярный сосуд. Тактика ведения.
65. Значение бактериального посева мочи в выборе тактике лечения при инфекции нижних мочевых путей.
66. Тактика ведения мочекаменной болезни при беременности.
67. Тактика ведения пациентов с фибропластической индурации полового члена.
68. Тактика ведения пациентов с мочекаменной болезнью при беременности.
69. Тактика ведения пациентов с острым пиелонефритом при беременности.
70. Карбункул почки хирургическая тактика лечения.
71. Методы исследования в урологии с использованием контрастных веществ.
72. Методы исследования в урологии с использованием ультразвука.
73. Практическое значение УЗИ метода диагностики при ДГПЖ.
74. Фимоз. Парафимоз тактика ведения и лечения пациентов.
75. Тактика ведения пациентов с нефроптозом.

Приложение 3

1. Этиология и патогенез почечной колики
2. Острый вторичный пиелонефрит (определение, клиника, диагностика и диф. диагностика, тактика).
3. Коралловидный нефролитиаз (определение, клиника, диагностика и диф. диагностика, тактика).
4. Острая мошонка (перечислить диагнозы, клиника, диагностика и лечение)
5. Нефроптоз (клиника, диагностика, лечение).
6. Какие существуют варианты расстройств мочеиспускания
7. В чем причины и каков механизм развития острой задержки мочеиспускания
8. Анурия и ее виды
9. Классификация гематурии
10. Что является причинами лейкоцитурии (пиурии)
11. Расскажите о патологических изменениях эякулята
12. Каково значение физикальных методов исследования в выявлении урологических заболеваний
13. Каковы методы определения суммарной и раздельной функции почек
14. Назовите нормальные показатели эякулята
15. Значение ультразвукового исследования в диагностике урологических заболеваний
16. Какие малоинвазивные операции выполняются под УЗИ контролем?
17. Каково значение обзорной и экскреторной урографии
18. Показания и техника выполнения микционной цистографии
19. Показания к динамическим и статическим радионуклидным методам исследования
20. Какие виды эндоскопических операций существуют в урологии
21. Классификация аномалий почек
22. Лечебная тактика при простой кисте почки
23. Виды удвоения мочеточников и закон Вейгерта-Мейра
24. Перечислите виды гипоспадии
25. Приведите формы крипторхизма и эктопия яичника
26. Клиника и диагностика гидронефроза
27. Виды операций при гидронефрозе
28. Симптоматика и диагностика нефроптоза
29. Какие осложнения нефроптоза
30. Диф. диагностика нефроптоза и дистопии почек
31. Современные методы лечения нефроптоза
32. Основные причины образования камней в почках
33. Классификация мочевых камней
34. Диагностика камней почек и мочеточников
35. Осложнения мочекаменной болезни
36. Принцы консервативной терапии уролитиаза
37. Гидронефроз (определение, причины, тактика).

38. Гнойные формы пиелонефрита: лечебная тактика
39. Пионефроз и нефросклероз
40. Виды паранефритов, диагностика и лечение
41. Классификация циститов
42. Цистит и цисталгия
43. Современная классификация простатитов
44. Абсцесс предстательной железы. Диагностика и лечение.
45. Венерические и невенерические уретриты
46. Острый эпидидимоорхит. Диагностика и лечение
47. Патогенез и диагностика мочеполового туберкулеза
48. Принципы лечения нефротуберкулеза
49. Местный и общий симптомы рака почки
50. Оперативные методы лечения рака почки
51. Диагностика и лечение рака мочевого пузыря
52. Медикаментозное терапия аденомы простаты
53. Малоинвазивные методы лечения аденомы простаты
54. Оперативные методы лечения аденомы простаты
55. Значение ПСА в диагностике рака простаты
56. Показания к биопсии простаты
57. Современные методы лечения рака простаты
58. Классификация опухолей яичка
59. Диагностика и лечение опухолей яичка
60. Основные причины развития ОПН

61. Классификация ХПН по стадиям
62. Современные методы лечения ХПН
63. Диагностика и лечение варикоцеле
64. Диагностика и лечение гидроцеле
65. Диагностика и лечение болезни Пейрони
66. Классификация повреждений почек
67. Диагностика и лечение травм почек
68. Диагностика и лечение повреждений мочеточников
69. Классификация травм мочевого пузыря
70. Диагностика и лечение повреждений мочевого пузыря
71. Повреждения мочеиспускательного канала. Клиника и диагностика
72. Эндоскопические, инструментальные и оперативные методы лечения травм уретры
73. Перечислить и охарактеризовать наиболее актуальные в урологии параметры лабораторных исследований крови и мочи.
74. Клиника и диагностика острого пиелонефрита
75. Классификация пиелонефритов

ПАТОЛОГИЯ

1. Основные понятия нозологии. Болезнь как нарушение гомеостаза.
2. Номенклатура и классификация болезней.
3. Общая этиология. Общий патогенез. Причинно-следственные взаимоотношения в патогенезе.
4. Венозная гиперемия. Причины, механизмы, последствия.
5. ДВС - синдром. Стадии. Патогенез.
6. Экссудация. Механизмы развития. Значение.
7. Фагоцитоз при воспалении. Причины эмиграции лейкоцитов в очаг воспаления. Механизмы фагоцитарной деятельности лейкоцитов.
8. Понятие об иммунном гомеостазе, механизмы гуморального и клеточного иммунитета.
9. Опухоли. Определение сущности опухолевого роста. Этиология опухолей. Современные теории опухолевого роста. Современная классификация опухолей. Принципы ее построения. Вторичные изменения в опухолях.
10. Доброкачественные, злокачественные и опухоли с местным деструирующим ростом. Критерии злокачественности. Понятие о рецидиве.

ПЕДАГОГИКА

1. Определите место педагогики в системе современного человекознания.
2. Назовите способы структурирования содержания образования и проиллюстрируйте их на примере.
3. Дайте характеристику законодательным актам в сфере образования.
4. Какие документы составляют нормативную основу образования?
5. Что означает понятие «обучение»? Как ваше собственное понимание этого понятия соотносится с его научной трактовкой?
6. В чем обнаруживается сходство и различие процессов обучения и лечения как древнейших видов гуманитарной практики?
7. Какие типы и виды обучения оптимальны на доклиническом и клиническом этапах медицинского образования?
8. В чем суть поэтапного формирования знаний и умений? Пояснить на примерах.
9. Какие требования к выбору форм организации познавательной деятельности обучаемых на учебном занятии существуют в дидактике?
10. Что лежит в основе классификации форм организации познавательной деятельности? Как связаны между собой формы организации познавательной деятельности и цели обучения?
11. От чего зависит выбор форм организации познавательной деятельности к конкретному занятию?
12. Какие формы обучения наиболее рационально использовать на разных этапах обучения в медицинском вузе и при обучении разных категорий обучаемых (медицинский персонал, пациенты, их родственники)?

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ТУБЕРКУЛЕЗ

1. Этиология, патогенез, патоморфология и эпидемиология туберкулеза. Классификация туберкулеза и методы обследования больных туберкулезом.
2. Основные клинические симптомы и синдромы легочного и внелегочного туберкулеза. Инструментальные и лабораторные методы диагностики туберкулеза.
3. Понятие об остропрогрессирующих формах туберкулеза. Особенности течения туберкулеза в современных условиях. Туберкулез и ВИЧ-инфекция.
4. Осложнения легочного и внелегочного туберкулеза. Диагностика и дифференциальная диагностика. Неотложные мероприятия при легочном кровотечении, спонтанном пневмотораксе, инфекционно-токсическом шоке.
5. Хирургические методы лечения легочного и внелегочного туберкулеза.

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. Медицинское право, как отрасль права.
2. Источники медицинского права.

3. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья.
4. Права и обязанности медицинских работников.
5. Понятие и виды медико-социальной помощи.
6. Особенности медицинской услуги
7. Особенности регулирования труда медицинских работников
8. Правонарушение и юридическая ответственность
9. Гражданско-правовая ответственность субъектов предоставления и оказания медико-социальной помощи.
10. Дисциплинарная ответственность медицинских работников.
11. Административная ответственность должностных лиц.
12. Уголовная ответственность медицинских работников.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

1. Дайте определение науки «Общественное здоровье и здравоохранение». Задачи общественного здоровья и здравоохранения. Объект изучения общественного здоровья и здравоохранения.
2. Какие методы используют при изучении общественного здоровья и здравоохранения?
3. Назовите главные критерии оценки эффективности системы здравоохранения.
4. Назовите базовые функции системы здравоохранения.
5. Дайте определения фактора риска. Перечислите факторы риска и кратко охарактеризуйте.
6. Дайте определение медицинской демографии и перечислите ее основные разделы.

7. Перечислите известные Вам исторически сложившиеся на этапах развития названия предмета Общественное здоровье и здравоохранение. С чем связано существование большого числа названий предмета?

8. Воспроизводство населения (естественное движение населения).
Общие и специальные показатели, методика расчета, анализ и оценка
9.Миграция населения: внешняя, внутренняя (урбанизация,
сезонная). Факторы, ее определяющие. Влияние миграции на здоровье населения
10. Естественный прирост населения, факторы на него влияющие.
Противоестественная убыль населения.
11. Дайте определения “заболеваемость”, распространенность болезней”,
патологическая пораженность”
12.От чего зависит полнота учета заболеваемости?

Министерство здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики
Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Медицинский факультет
Центр медицинского послевузовского образования

УТВЕРЖДАЮ
Министр здравоохранения ПМР
_____К.В.Албул
«04» января 2024г.

СОГЛАСОВАНО
Ученым советом факультета
протокол № 5
от «29» декабря 2023г.
Председатель
Ученого совета факультета
_____Г.Н.Самко

ПРОГРАММА
ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ

образовательной программы
высшего образования- программы ординатуры

Специальность **31.08.50 ФИЗИОТЕРАПИЯ**

Квалификация выпускника: Врач-физиотерапевт
Трудоемкость: 108 часов-3з.е.
Сроки проведения: 24.06.24 – 6.07.24г.

Тирасполь, 2023

Программа итоговой государственной аттестации образовательной программы высшего образования- программы ординатуры по специальности 31.08.50 Физиотерапия разработана в соответствии с Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.50 Физиотерапия (утвержденным Приказом Министерства Просвещения Приднестровской Молдавской Республики № 68 от 26.01.2022г. «Об утверждении и введении в действие Государственного образовательного стандарта послевузовского профессионального образования - ординатуры)

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании кафедры Терапии с циклом фтизиатрии протокол № 4 от «28» ноября 2023г.
Заведующий кафедрой Терапии с циклом фтизиатрии _____ Лосева Н.Г.

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УМК факультета

«12» декабря 2023г. (протокол № 4)

Председатель УМК _____ (А.В. Васильчук)

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УС факультета

«29» декабря 2023г. (протокол № 5)

Председатель УС _____ (Г.Н. Самко)

Программу составили:

Ассистент _____ Алекса Н.В.

Содержание

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.
2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры
3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации.
4. Форма и структура итоговой государственной аттестации.
   4.1 Форма итоговой государственной аттестации.
   4.2 Трудоёмкость итоговой государственной аттестации.
   4.3 Структура итоговой государственной аттестации.
5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.
6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации.
   6.1 Критерии оценки результатов тестирования
   6.2 Критерии оценки практических навыков и умений.
   6.3 Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.
7. Содержание государственного экзамена.
   7.1 Тестирование
   7.2 Практические навыки.
   7.3. Устное собеседование
8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

Приложения

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.

Цель - определение соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры требованиям Государственному образовательному стандарту послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.50 «Физиотерапия».

Задачи:

— установление уровня подготовки выпускника к выполнению профессиональных задач (оценка степени сформированности всех компетенций, предусмотренных Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.50 «Физиотерапия», характеризующих готовность выпускников к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации - врач-детский эндокринолог).

— принятие решения о выдаче обучающемуся, успешно прошедшему итоговую государственную аттестацию по программе ординатуры, диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации.

2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры

Итоговая государственная аттестация относится к базовой части программы - Блок 3. итоговая государственная аттестация и завершает процесс освоения имеющих государственную аккредитацию образовательных программ ординатуры.

Итоговая государственная аттестация образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.50 «Физиотерапия» завершается присвоением квалификации " врач-физиотерапевт ".

3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путём обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- физические лица женского пола (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку готовности выпускников, освоивших программу ординатуры, к следующим видам профессиональной деятельности:

— профилактическая;
— диагностическая;
— лечебная;
— реабилитационная;
— психолого-педагогическая;
— организационно-управленческая.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

а) готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу -УК1;

б) готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные,

этнические, конфессиональные и культурные различия -УК2;

в) готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование-УК3.

Профессиональные компетенции (ПК):

а) профилактическая деятельность:

1) готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания -ПК1;

2) готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными -ПК2;

3) готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях - ПК3;

4) готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медикостатистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков -
ПК4;

б) диагностическая деятельность - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромовзаболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификациейболезней и проблем, связанных со здоровьем - ПК5;

в) лечебная деятельность:

1) готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи спримененим физиотерапевтических методов - ПК6;

2) готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию вмедицинской эвакуации - ПК7;

г) реабилитационная деятельность – готовность к применению физиотерапевтических методов у пациентов, нуждающихся вмедицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении - ПК8;

д) психолого-педагогическая деятельность – готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленнойна сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих - ПК9;

е) организационно-управленческая деятельность:

1) готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраныздоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях - ПК10;

2) готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованиемосновных медико-статистических показателей - ПК11;

1) готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числемедицинской эвакуации - ПК12.

4.Форма и структура итоговой государственной аттестации

4.1.Форма итоговой государственной аттестации

Итоговая государственная аттестация обучающихся по образовательной программе ординатуры 31.08.50 «Физиотерапия» проводится в форме государственного экзамена.

4.2.Трудоёмкость итоговой государственной аттестации

Объем итоговой государственной аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) - сдачу государственного экзамена.

4.3.Структура итоговой государственной аттестации

В Блок 3 " Итоговая Государственная аттестация" входят подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена. Перед государственным экзаменом по специальности для ординаторов проводятся предэкзаменационные консультации по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в три этапа:

1 этап - тестирование, проводится для получения сертификата специалиста, имеет целью определить готовность специалиста к самостоятельной профессиональной (медицинской) деятельности (согласно Приказу Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 31.05.2022г №477 «Об утверждении Порядка приема граждан на обучение по образовательным программам послевузовского профессионального образования – программам ординатуры, а также Порядка реализации образовательных программ послевузовского профессионального образования – программ ординатуры» (регистрационный № 11145 от 15 июля 2022 года) (САЗ 22-27)). Во время тестирования обучающийся выбирает правильный(е) ответ(ы) из предложенных нескольких вариантов ответов. Каждый обучающийся отвечает на 100 тестовых вопросов, на решение которых отводится 120 минут(2 астрономических часа).

2 этап - оценка практических навыков и умений - состоит из демонстрации практических навыков и умений, приобретенных в результате освоения программы ординатуры.

3 этап – устный экзамен по дисциплине Физиотерапия с целью определения сформированности профессиональных компетенций выпускника, профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения. Каждый билет состоит из пяти теоретических вопросов, в процессе проведения государственного экзамена обучающемуся могут быть заданы уточняющие или дополнительные вопросы в рамках билета. На подготовку к ИГА ординатору выделяется 2 недели. После выбора билета ординатор готовится к ответу 30 минут, отвечает согласно регламенту 20 минут. По решению комиссии обучающийся может быть освобожден от необходимости полного ответа на вопрос билета, уточняющий или дополнительный вопрос.

Этапы государственного экзамена	Компетенции, которые оцениваются в ходе этапа
1 этап - в форме тестирование	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7 ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.
2 этап - оценка практических навыков и умений	
3 этап – устный экзамен по дисциплине	

5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.

Проведение ИГА определяется календарным учебным графиком, выполнением индивидуального плана ординатора и расписанием ИГА.

Перед итоговой государственной аттестацией обучающиеся должны ознакомиться с программой ИГА. Подготовка к государственному экзамену может проводиться в формах, как устного повторения пройденных дисциплин (с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д.), так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.

6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации. Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

6.1. **Критерии оценки результатов тестирования**

Подведение итогов 1 этапа в форме тестирования. Результат решения тестов оценивается по ятибалльной системе:

- 49% и менее правильных ответов - «неудовлетворительно»;
- 50% - 70% - «удовлетворительно»;
- 71% - 84% - «хорошо»;
- 85% - 100% - «отлично».

6.2 Критерии оценки практических навыков и умений

Результаты 2 этапа определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол ИГА. Обучающиеся, получившие оценку «неудовлетворительно» к 3 этапу государственного экзамена не допускается, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений;

- «хорошо» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет;

- «удовлетворительно» - обучающийся обладает удовлетворительными теоретическими знаниями - знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний - не знает методики выполнения, практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и т.д.; и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

6.3 Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.

Результаты 3 этапа государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы, характеризующие уровень освоения

необходимых компетенций;

- «хорошо» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «удовлетворительно» - обучающийся показывает частичное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз с учетом принятой классификации. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций, демонстрируя поверхностное знание предмета;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не показывает освоение планируемых результатов обучения по пройденным темам, не может сформулировать диагноз или неправильно его ставит. Не может правильно ответить на большинство дополнительных вопросов, характеризующих уровень освоения необходимых компетенций.

7. Содержание государственного экзамена

7.1.Тестировние: Приложение 1
7.2.Практические навыки: Прилодение 2
7.3 Устное собеседование Приложение 3

8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

1. Курортология и физиотерапия: В 2-х т. / Под ред. В. М. Боголюбова. - М.: Медицина, 2016.-384 с.
2. Обросов А. Н., Карачевцева Т. В., Ясногородский В. Г. и др. Руководство по физиотерапии и физиопрофилактике детских заболеваний / Под ред. чл.-корр. АМН СССР проф. А. Н. Обросова, проф. Т. В. Карачевцевой. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1987.—384 с.: ил.
3. Физические методы лечения в кардиологии / Е. И. Сорокина. - М. : Медицина, 1989. – 383 с.
4. Бирюков А. А. Лечебный массаж: Учебник. — М.: Издательский центр «Академия», 2000. — 368 с.
5. Большой справочник по массажу/В. И. Васичкин — «АСТ», 2013
6. В.И. Васичкин «Справочник по массажу» - Санкт-Петербург: Медицина, 2006 г.
7. А. В. Самохин, Ю. В. Готовский «Электропунктурная диагностика и терапия по методу Р. Фолля». - М.: ИМЕДИС, 1996 г., 2002 г.
8. Улащик В.С., Лукомский И.В. Общая физиотерапия: Учебник / В.С. Улащик, И.В. Лукомский. - 3-е изд., стереотип. - Мн.: Книжный Дом, 2006.
9. Практическая физиотерапия / А. А. Ушаков. - Москва: Мед. информ. агентство (МИА), 2002 г.
10. В.С. Физиотерапия. Универсальная медицинская энциклопедия / В.С. Улащик. - Мн.: Книжный Дом, 2009.
11. Физические методы лечения в кардиологии / Е. И. Сорокина. - М.: Медицина, 1989. – 383 с.
12. А.Н. Обросов «Справочник практического врача по физиотерапии». - М.: Медицина, 2002.
13. А.Г. Шиман «Физиотерапия». - М.: Медицина, 1999.

14. В.А. Сафронов, М.З. Гасанов «Физиотерапия и физиопрофилактика». - М.: Медицина, 2001 г.
15. Специальная физиотерапия/ Под ред. доц. Л. Николовой и проф. Св. Бойкикевой. - София: Медицина и физкультура, 1978.
16. Техника и методики физиотерапевтических процедур/ Под ред. В.М. Боголюбова. - М.: М, 2008.
17. Аппаратная физиотерапия / Ж. Ф. Кувенев. - Тбилиси: Ганатлеба, 1989. - 547 с.
18. Водо-теплолечение/ В.Т. Олефиренко. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: Медицина, 1979,278 с.
19. Учебное пособие по физиотерапии/ Под ред. А. П. Сперанского. - Москва: Медицина, 1985, 280 с.
20. Проблема адаптации и курортное лечение / В. Г. Бокша. - Ленинград: Медицина, 1987, 128 с.
21. Бокша В.Г., Богуцкий Б.В. Медицинская климатология и климатотерапия. - Киев: Здоровье, 1987. - 262 с.
22. Современные методы электро- и светолечения / И. Г. Шеметило, М. Г. Воробьев. - Л.: Медицина: Ленингр. отд-ние, 1990. - 199 с.
23. Электромедицинская аппаратура/ А. Р. Ливенсон. - 5-е изд., перераб. и доп. - М. : Медицина, 1991. - 344 с.
24. Методические указания и материалы по видам занятий. Учебно-методические материалы, подготовленные кафедрой терапии СЦФ:
25. Методические рекомендации. Ситуационные задачи. Доц. Закатова Л.В., Коваленко А.В. и др. Тирасполь, РИО ПГКУ, 1993,-55 с.
26. Работа врача в поликлинике и на промышленном предприятии. Учебное пособие. Сост.В.А.Соколов., Г.И.Подолинный.,и др. Тирасполь: Изд-во ПГУ, 2018.-50 с.

ПАТОЛОГИЯ

1. Основные понятия нозологии. Болезнь как нарушение гомеостаза.
2. Номенклатура и классификация болезней.
3. Общая этиология. Общий патогенез. Причинно-следственные взаимоотношения в патогенезе.
4. Венозная гиперемия. Причины, механизмы, последствия.
5. ДВС - синдром. Стадии. Патогенез.
6. Экссудация. Механизмы развития. Значение.
7. Фагоцитоз при воспалении. Причины эмиграции лейкоцитов в очаг воспаления. Механизмы фагоцитарной деятельности лейкоцитов.
8. Понятие об иммунном гомеостазе, механизмы гуморального и клеточного иммунитета.
9. Опухоли. Определение сущности опухолевого роста. Этиология опухолей. Современные теории опухолевого роста. Современная классификация опухолей. Принципы ее построения. Вторичные изменения в опухолях.
10. Доброкачественные, злокачественные и опухоли с местным деструирующим ростом. Критерии злокачественности. Понятие о рецидиве.

ПЕДАГОГИКА

1. Определите место педагогики в системе современного человекознания.
2. Назовите способы структурирования содержания образования и проиллюстрируйте их на примере.
3. Дайте характеристику законодательным актам в сфере образования.
4. Какие документы составляют нормативную основу образования?
5. Что означает понятие «обучение»? Как ваше собственное понимание этого понятия соотносится с его научной трактовкой?
6. В чем обнаруживается сходство и различие процессов обучения и лечения как древнейших видов гуманитарной практики?
7. Какие типы и виды обучения оптимальны на доклиническом и клиническом этапах медицинского образования?
8. В чем суть поэтапного формирования знаний и умений? Пояснить на примерах.
9. Какие требования к выбору форм организации познавательной деятельности обучаемых на учебном занятии существуют в дидактике?
10. Что лежит в основе классификации форм организации познавательной деятельности? Как связаны между собой формы организации познавательной деятельности и цели обучения?
11. От чего зависит выбор форм организации познавательной деятельности к конкретному занятию?
12. Какие формы обучения наиболее рационально использовать на разных этапах обучения в медицинском вузе и при обучении разных категорий обучаемых (медицинский персонал, пациенты, их родственники)?

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ТУБЕРКУЛЕЗ

1. Этиология, эпидемиология и патогенез туберкулеза. Клиническая классификация туберкулеза. Основные эпидемиологические показатели туберкулеза.
2. Основные методы выявления и диагностики туберкулеза.
3. Понятие об основных клинических симптомах и синдромах легочного внелегочного туберкулеза.
4. Остропрогрессирующие формы туберкулеза. Основы дифференциальной диагностики туберкулеза.
5. Специфическая, санитарная, социальная профилактика туберкулеза.

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. Медицинское право, как отрасль права.
2. Источники медицинского права.
3. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья.
4. Права и обязанности медицинских работников.
5. Понятие и виды медико-социальной помощи.
6. Особенности медицинской услуги

7. Особенности регулирования труда медицинских работников
8. Правонарушение и юридическая ответственность
9. Гражданско-правовая ответственность субъектов предоставления и оказания медико-социальной помощи.
10. Дисциплинарная ответственность медицинских работников.
11. Административная ответственность должностных лиц.
12. Уголовная ответственность медицинских работников.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

1. Дайте определение науки «Общественное здоровье и здравоохранение». Задачи общественного здоровья и здравоохранения. Объект изучения общественного здоровья и здравоохранения.
2. Какие методы используют при изучении общественного здоровья и здравоохранения?
3. Назовите главные критерии оценки эффективности системы здравоохранения.
4. Назовите базовые функции системы здравоохранения.
5. Дайте определения фактора риска. Перечислите факторы риска и кратко охарактеризуйте.
6. Дайте определение медицинской демографии и перечислите ее основные разделы.

7. Перечислите известные Вам исторически сложившиеся на этапах развития названия предмета Общественное здоровье и здравоохранение. С чем связано существование большого числа названий предмета?

8. Воспроизводство населения (естественное движение населения).
Общие и специальные показатели, методика расчета, анализ и оценка
9.Миграция населения: внешняя, внутренняя (урбанизация,
сезонная). Факторы, ее определяющие. Влияние миграции на здоровье населения
10. Естественный прирост населения, факторы на него влияющие.
Противоестественная убыль населения.
11. Дайте определения “заболеваемость”, распространенность болезней”,
патологическая пораженность”
12.От чего зависит полнота учета заболеваемости?

Министерство здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики
Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Медицинский факультет
Центр медицинского послевузовского образования

УТВЕРЖДАЮ
Министр здравоохранения ПМР
_____К.В.Албул
«_04_» _января_ 2024г.

СОГЛАСОВАНО
Ученым советом факультета
протокол № 5
от «29» декабря 2023г.
Председатель
Ученого совета факультета
_____Г.Н.Самко

ПРОГРАММА
ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ
образовательной программы
высшего образования- программы ординатуры

Специальность **32.08.12 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ**

Квалификация выпускника: Врач эпидемиолог
Трудоемкость: 108 часов-3з.е.
Сроки проведения: 24.06.24 - 6.07.24г.

Тирасполь, 2023

Программа итоговой государственной аттестации образовательной программы высшего образования- программы ординатуры по специальности 32.08.12 Эпидемиология разработана в соответствии с Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 32.08.12 Эпидемиология (утвержденным Приказом Министерства Просвещения Приднестровской Молдавской Республики № 63 от 26.01.2022г. «Об утверждении и введении в действие Государственного образовательного стандарта послевузовского профессионального образования - ординатуры)

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании кафедры Терапии с циклом фтизиатрии протокол № 4 от «28» ноября 2023 г.
Заведующий кафедрой Терапии с циклом фтизиатрии _____ Лосева Н.Г.

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УМК факультета

«12» декабря 2023 г. (протокол № 4)

Председатель УМК _____ (А.В. Васильчук)

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УС факультета

«29» декабря 2023г. (протокол № 5)

Председатель УС _____ (Г.Н. Самко)

Программу составили:

Ассистент _____ Олиевский И.И.

Содержание

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.
2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры
3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации.
4. Форма и структура итоговой государственной аттестации.
   4.1 Форма итоговой государственной аттестации.
   4.2 Трудоёмкость итоговой государственной аттестации.
   4.3 Структура итоговой государственной аттестации.
5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.
6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации.
   6.1 Критерии оценки результатов тестирования
   6.2 Критерии оценки практических навыков и умений.
   6.3 Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.
7. Содержание государственного экзамена.
   7.1 Тестирование
   7.2 Практические навыки.
   7.3. Устное собеседование
8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

Приложения

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.

Цель - определение соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры требованиям Государственному образовательному стандарту послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 32.08.12 «Эпидемиология»

Задачи:

— установление уровня подготовки выпускника к выполнению профессиональных задач (оценка степени сформированности всех компетенций, предусмотренных Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 32.08.12 «Эпидемиология»,

— **Задачи:**, характеризующих готовность выпускников к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации - Врач эпидемиолог).

— принятие решения о выдаче обучающемуся, успешно прошедшему итоговую государственную аттестацию по программе ординатуры, диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации.

2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры

Итоговая государственная аттестация относится к базовой части программы - Блок 3. итоговая государственная аттестация и завершает процесс освоения имеющих государственную аккредитацию образовательных программ ординатуры.

Итоговая государственная аттестация образовательной программы ординатуры по специальности 32.08.12 «Эпидемиология»

Задачи: завершается присвоением квалификации " Врач эпидемиолог ".

3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путём обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- физические лица женского пола (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку готовности выпускников,

освоивших программу ординатуры, к следующим видам профессиональной деятельности:

— профилактическая;
— диагностическая;
— лечебная;
— реабилитационная;
— психолого-педагогическая;
— организационно-управленческая.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

а) готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу -УК1;

б) готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия - УК2;

в) готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование- УК3.

Профессиональные компетенции (ПК):

1) а) производственно-технологическая деятельность:

1. готовность к осуществлению комплекса санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на предотвращение возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) и их ликвидацию, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций - ПК1;
2. готовность к проведению эпидемиологического анализа, планированию противоэпидемических мероприятий, эпидемиологических обследований очагов инфекционных заболеваний - ПК2;
3. готовность к анализу санитарно-эпидемиологических последствий катастроф и чрезвычайных ситуаций - ПК3;
4. готовность к применению специализированного оборудования, предусмотренного для использования в профессиональной сфере - ПК4;

б) психолого-педагогическая деятельность:

1. готовность к обучению населения основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний - ПК5;
2. готовность к санитарно-просветительской деятельности среди различных групп населения с целью устранения факторов риска и формирования навыков здорового образа жизни, направленных на сохранение и укрепление здоровья - ПК6;

в) организационно-управленческая деятельность:

1. готовность к использованию основ экономических и правовых знаний в профессиональной деятельности - ПК7;
2. готовность к применению основных принципов управления в профессиональной сфере - ПК8;

3. готовность к организации и управлению деятельностью организаций и (или) их структурных подразделений, осуществляющих свою деятельность в целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения - ПК9.

4.Форма и структура итоговой государственной аттестации

4.1.Форма итоговой государственной аттестации

Итоговая государственная аттестация обучающихся по образовательной программе ординатуры 32.08.12 «Эпидемиология» проводится в форме государственного экзамена.

4.2.Трудоёмкость итоговой государственной аттестации

Объем итоговой государственной аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) - сдачу государственного экзамена.

4.3.Структура итоговой государственной аттестации

В Блок 3 " Итоговая Государственная аттестация" входят подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена. Перед государственным экзаменом по специальности для ординаторов проводятся предэкзаменационные консультации по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в три этапа:

1 этап - тестирование, проводится для получения сертификата специалиста, имеет целью определить готовность специалиста к самостоятельной профессиональной (медицинской) деятельности (согласно Приказу Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 31.05.2022г №477 «Об утверждении Порядка приема граждан на обучение по образовательным программам послевузовского профессионального образования – программам ординатуры, а также Порядка реализации образовательных программ послевузовского профессионального образования – программ ординатуры» (регистрационный № 11145 от 15 июля 2022 года) (САЗ 22-27)). Во время тестирования обучающийся выбирает правильный(е) ответ(ы) из предложенных нескольких вариантов ответов. Каждый обучающийся отвечает на 100 тестовых вопросов, на решение которых отводится 120 минут(2 астрономических часа).

2 этап - оценка практических навыков и умений - состоит из демонстрации практических навыков и умений, приобретенных в результате освоения программы ординатуры.

3 этап – устный экзамен по дисциплине Эпидемиология с целью определения сформированности профессиональных компетенций выпускника, профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения. Каждый билет состоит из пяти теоретических вопросов, в процессе проведения государственного экзамена обучающемуся могут быть заданы уточняющие или дополнительные вопросы в рамках билета. На подготовку к ИГА ординатору выделяется 2 недели. После выбора билета ординатор готовится к ответу 30 минут, отвечает согласно регламенту 20 минут. По решению комиссии обучающийся может быть освобожден от необходимости полного ответа на вопрос билета, уточняющий или дополнительный вопрос.

Этапы государственного экзамена	Компетенции, которые оцениваются в ходе этапа
1 этап - в форме тестирование	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7 ПК-8, ПК-9.
2 этап - оценка практических навыков и умений	
3 этап – устный экзамен по дисциплине	

5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.

Проведение ИГА определяется календарным учебным графиком, выполнением индивидуального плана ординатора и расписанием ИГА.

Перед итоговой государственной аттестацией обучающиеся должны ознакомиться с программой ИГА. Подготовка к государственному экзамену может проводиться в формах, как устного повторения пройденных дисциплин (с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д.), так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.

1. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации. Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

1.1. **Критерии оценки результатов тестирования**

Подведение итогов 1 этапа в форме тестирования. Результат решения тестов оценивается по пятибалльной системе:

- 49% и менее правильных ответов - «неудовлетворительно»;
- 50% - 70% - «удовлетворительно»;
- 71% - 84% - «хорошо»;
- 85% - 100% - «отлично».

1.2. Критерии оценки практических навыков и умений

Результаты 2 этапа определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол ИГА. Обучающиеся, получившие оценку «неудовлетворительно» к 3 этапу государственного экзамена не допускается, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений;

- «хорошо» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет;

- «удовлетворительно» - обучающийся обладает удовлетворительными теоретическими знаниями - знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний - не знает методики выполнения, практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и т.д.; и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

1.3. Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.

Результаты 3 этапа государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой

классификации, правильно отвечает на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «хорошо» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «удовлетворительно» - обучающийся показывает частичное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз с учетом принятой классификации. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций, демонстрируя поверхностное знание предмета;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не показывает освоение планируемых результатов обучения по пройденным темам, не может сформулировать диагноз или неправильно его ставит. Не может правильно ответить на большинство дополнительных вопросов, характеризующих уровень освоения необходимых компетенций.

2. Содержание государственного экзамена

7.1.Тестировние: Приложение 1
7.2.Практические навыки: Прилодение 2
7.3 Устное собеседование Приложение 3

8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

1. Эпидемиология [Текст] в 2-х т.: учебник для студентов учреждений высшего профессионального образования, обучающихся по специальности "Медико-профилактическое дело", по дисциплине "Эпидемиология. Военная эпидемиология" / Н. И. Брико [и др.]. - М. : Медицинское информационное агентство, 2013.- Т. 1. - 832 с. Т.2.- 654
2. Брико, Н. И. Эпидемиология [Электронный ресурс]: учебник: [для медицинских вузов по специальности "Лечебное дело"] / Н. И. Брико, В. И. Покровский. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 363 с.– URL :ЭБС «Консультант студента. Электронная библиотека медицинского вуза» www.studmedlib.ru
3. Эпидемиология / Н. Д. Ющук, Ю. В. Мартынов, учебное пособие III издание.
4. С.Ф. Багненко, Н.А. Беляков и др. Начало эпидемии COVID-19. СПб:. Балтийский медицинский образовательный центр, 2020.-360с.
5. Система инфекционного контроля в противотуберкулезных учреждениях / Под ред. Л.С. Федоровой. – М.–Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2013. – 192 с. ISBN 978-5-94789-570-4
6. Острые кишечные инфекции: руководство/Ющук Н.Д., Мартынов Ю.В., Кулагина М.Г., Бродов Л.Е. - 2 изд. - ГЭОТАР-Медиа, 2012: 400 с.
7. Лекции по ВИЧ-инфекции / под ред. В. В. Покровского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 848 с. : ил. - ISBN 978- 5-9704-4374-3
8. Жданов К.В., Лобзин Ю. В., Гусев Д.А., Козлов К.В. Вирусные гепатиты. СПб.: Фолиант, 2011. – 304 с.
9. Профилактика и противоэпидемические мероприятия при гельминтозах: учебное пособие-Благовещенск 2019г.

10. Внутрибольничная инфекция [Электронный ресурс]: учеб. пособие / В. Л. Осипова - 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.
11. Эпидемиологическая хрестоматия: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальностям: Медико-профилактическое дело, Лечебное дело, Педиатрия /Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова; под ред. Н.И. Брико, В.И.Покровского. - М.: Медицинское информационное агентство, 2011-400с.
12. Общая эпидемиология с основами доказательной медицины: руководство к практическим занятиям [Электронный ресурс] / Бражников А.Ю., Брико Н.И., Кирьянова Е.В., Миндлина А.Я., Покровский В.И., Полибин Р.В., Торчинский Н.В., И.П. Палтышева. - М. : ГЭОТАР-Медиа,2017.-496 с. - URL: «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека» www.rosmedlib.ru
13. Грипп / А.Ф. Попов, А.И. Симакова, О.И. Киселев: учебное пособие. – Санкт-Петербург: «Издательско-полиграфический комплекс «НП-Принт», 2014. – 104 с.
14. Госпитальная эпидемиология. Руководство к практическим занятиям [Электронный ресурс] /Л. П. Зуева [и др.] ; под ред. Л. П.Зуевой - М. : ГЭОТАР-Медиа,2015.-416с.– URL: ЭБС «Консультант студента. Электронная библиотека медицинского вуза» www.studmedlib.ru
15. Скворцов, В. В. Профилактика внутрибольничной инфекции/ В. В. Скворцов, А. В. Тумаренко. - Санкт-Петербург: СпецЛит, 2015.
16. Инфекционные болезни и эпидемиология [Электронный ресурс]: учебник для студентов медицинских вузов / [В. И.Покровский и др.].-3-еизд., испр. и доп. - Электрон. дан. – Москва: ГЭОТАР-Медиа,2013.-1008с.– URL: ЭБС «Консультант студента. Электронная библиотека медицинского вуза» www.studmedlib.ru
17. Законодательное и нормативное обеспечение ПМР в области эпидемиологии (санитарные правила).

Приложение 1

Тестирование

1. Укажите неправильное утверждение. Специфический иммунитет создается при:
а) дробной латентной иммунизации
б) проведении вакцинации и ревакцинации
в) применении гаммаглобулина
г) введении лечебных сывороток
д) назначении эубиотиков
2. Укажите неверное утверждение. Закон «Об иммунопрофилактике» гарантирует:
а) доступность для граждан профилактических прививок
б) социальную защиту граждан при возникновении поствакцинальных осложнений
в) государственный контроль качества, эффективности медицинских иммунобиологических препаратов
г) профилактические прививки по эпидемиологическим показаниям, решение о проведении которых принимает глава администрации лечебного учреждения
д) бесплатный медицинский осмотр, а при необходимости и медицинское обследование перед профилактическими прививками
3. Укажите правильное утверждение. Инфекция, управляемая средствами иммунопрофилактики это:
а) аденовирусная инфекция
б) инфекционный мононуклеоз
в) корь
г) скарлатина
д) паракоклюш
4. Холодовая цепь – система, включающая:
а) холодильное оборудование и расположенные в нем вакцины
б) специально подготовленный персонал, холодильное оборудование и расположенные в нем вакцины
в) специально подготовленный персонал, холодильное оборудование и систему контроля за соблюдением температурного режима
г) холодильное оборудование и систему контроля за соблюдением температурного режима
5. При хранении живой вакцины при комнатной температуре происходит:
а) потеря иммуногенных свойств
б) приобретение антигенных свойств
в) сохранение иммуногенных свойств вакцины
г) усиление иммуногенных свойств вакцины
д) изменение физико – химических параметров
6. АКДС- вакцину вводят в организм прививаемого:
а) накожно
б) внутрикожно
в) внутримышечно
г) подкожно
д) перорально
7. Укажите неверное утверждение. Не подлежат использованию вакцины:
а) с несоответствующими физическими свойствами
б) с нарушением целостности ампул
в) с неясной или отсутствующей маркировкой на ампуле (флаконе)
г) сорбированые (АКДС, АДС, АДС-М), подвергшиеся замораживанию
д) сухие, хранившиеся при температуре 62 ^{0}С
8. К парентеральным вирусным гепатитам относят:
а) ВГА
б) ВГВ
в) ВГС
г) ВГД
д) ВГЕ
9. Источниками инфекции вирусного гепатита В являются:
а) медицинские инструменты многоразового использования
б) больные люди
в) кровососущие насекомые
г) больные животные
д) предметы быта и домашней обстановки
е) кровь и др. биологические жидкости организма
10. Больной вирусным гепатитом В может представлять эпидемиологическую опасность в:

а) инкубации
б) преджелтушном периоде
в) желтушном периоде
г) периоде реконвалесценции

11. Наибольшая концентрация HBV определяется:
а) моче
б) слюне
в) желчи
г) крови

12. Свойства формальдегида...
а) вирулицидные
б) спороцидные
в) фунгицидные
г) ни одним из вышеперечисленных
д) всеми перечисленными свойствами.

13. Дезинфекция – это уничтожение…
а) непатогенных возбудителей
б) патогенных возбудителей
в) условно-патогенных возбудителей
г) патогенных, условно-патогенных и непатогенных возбудителей в окружающей среде
д) все перечисленное верно

14. В очагах туберкулеза на дому текущая дезинфекция выполняется...
а) участковым медперсоналом противотуберкулезного учреждения
б) членом семьи, ухаживающим за больным
в) дезинфектором противотуберкулезного учреждения
г) дезинфектором дезстанции
д) дезинфектором профотдела санэпидстанции.

15. Под стерилизацией понимают...
а) Уничтожение споровых форм возбудителя
б) Уничтожение вегетативных форм
в) Уничтожение патогенных, непатогенных и условно-патогенных возбудителей, споровых и вегетативных форм
г) Уничтожение патогенных возбудителей в окружающей среде
д) Уничтожение патогенных возбудителей на предметах, окружающих больного.

16. Во время осуществления контроля работы воздушного стерилизатора произошло расплавление наполнителя в химических тестах (индикаторы плавления) это указывает...
а) на обеспечение температурного и временного параметров заданного режима +
б) только на достижение температурного параметра заданного режима
в) только на обеспечение временного параметра заданного режима
г) на то, что достигнута стерильность стерилизуемых изделий
г) на достижение оптимального давления

17. При стерилизации и дезинфекции предметов медицинского назначения можно использовать...
а) глутаровый альдегид
б) амфолан
в) гипохлорит лития
г) хлорамин
д) карболовую кислоту

18. При стерилизации эндоскопического оборудования используют препараты, содержащие...
а) спирты
б) активный хлор
в) альдегиды
г) четвертичные аммониевые соединения
д) гипохлорид кальция

19. Стерилизация инструментов из коррозионно-неустойчивых материалов производится методом...
а) паровым
б) воздушным
в) газовым
г) при помощи растворов химических веществ
д) ультразвуковым

20. Медицинский инструментарий из коррозиестойких материалов стерилизуется...
а) воздушным методом
б) паровым методом
в) химическим методом

г) радиционным методом
д) ультразвуковым методом
21. Контроль изделий на стерильность осуществляется методом...
а) бактериологическим
б) физическим
в) визуальным
г) химическим
д) механическим
22. Главным методом промышленной стерилизации является...
а) гласперленовый
б) плазменный
в) газовый
г) радиационный
д) инфракрасный.
23. Эпизоотический процесс - это...
а) процесс возникновения и распространения инфекционных болезней среди населения
б) распространение болезней только среди диких животных
в) взаимодействие возбудителя и восприимчивого организма, проявляющееся болезнью или носительством возбудителя инфекции
г) распространение болезней среди животных
д) распространение болезней среди людей и животных
24. Эпидемический процесс состоит из …
а) трех различных возбудителей
б) трех взаимосвязанных звеньев
в) передач заболеваний от одного к другому
г) путей передачи
д) механизмов передачи
25. На какое звено эпидемического процесса преимущественно влияют природные факторы...
а) источник инфекции
б) пути и факторы передачи возбудителя
в) восприимчивость населения
г) источник инфекции и восприимчивость населения
д) на состояние иммунитета
26. Второе звено эпидемического процесса…
а) источник инфекции
б) восприимчивый организм
в) механизм передачи
г) возбудитель инфекции
д) восприимчивое население
27. Фактор, реализующий фекально-оральный механизм передачи…
а) пища
б) пот
в) кровь
г) воздух
д) предметы личной гигиены
28. В официальной статистике ПМР для отражения состояния здоровья населения используют…….
а) кумулятивный показатель заболеваемости
б) данные ВОЗ
в) результаты скрининговых исследований
г) результаты анкетирования
д) результаты когортных исследований
29. Показатель превалентности (распространенности)...
а) показатель заболеваемости, характеризующий риск заболевания у лиц, контактировавших с инфекционным больным
б) показатель заболеваемости, используемый для оценки риска заболеть хроническими инфекциями (например, туберкулезом)
в) показатель заболеваемости, учитывающий все случаи какого-либо заболевания независимо от времени его возникновения
г) отражает риск лиц, относящихся к одной профессиональной группе, заболеть определенной болезнью
д) основываются только на результатах обследования эпидемических очагов
30. Показатель (кумулятивной) заболеваемости (инцидентности)...
а) показатель заболеваемости, учитывающий все случаи какого-либо заболевания независимо от времени его возникновения

б) отражает риск лиц, относящихся к одной профессиональной группе, заболеть определенной болезнью
в) учитывает новые случаи заболевания за определенный отрезок времени на данной территории
г) отражает риск заболеть определенной болезнью в какой-либо группе населения
д) основываются только на результатах обследования эпидемических очагов
31. Вспышка инфекционного заболевания – это...
а) сезонный подъем заболеваемости
б) подъем заболеваемости через каждые 5 лет
в) микст – инфекции
г) подъёмы заболеваемости, возникающие вне ритмических колебаний
д) эндемическое заболевание
32. Этапы эпидемиологического исследования...
а) подготовительный, сбор данных, описательный, аналитический
б) организация исследования и анализ
в) сбор информации и ее первичная обработка
г) анализ статистических данных и формулирование выводов
д) анализ и организация исследования
33. Экстренное извещение в ГУ «Центр гигиены и эпидемиологии» лечащий врач отправляет
а) при постановке предварительного диагноза инфекционного заболеваният
б) только после бактериологического подтверждения заболевания
в) только после консультации с врачом—инфекционистом
г) после постановки окончательного диагноза инфекционного заболевания
34. Противоэпидемические мероприятия оцениваются в практической деятельности путем оценки
а) эпидемиологической эффективности
б) социальной эффективности
в) экономической эффективности
г) все перечисленное верно
35. Источником инфекции при брюшном тифе могут быть
а) больной
б) вода и инфицированного водоисточника
в) инфицированный пищевой продукт
г) предметы внешней среды
36. Для распространения и поддержания эпидемического процесса при брюшном тифе наибольшее эпидемиологическое значение имеет
а) пищевой путь передачи возбудителя
б) контактно-бытовой путь
в) водный путь
37. Источником инфекции при ротавирусном гастроэнтерите является…
а) крупный рогатый скот
б) мышевидные грызуны
в) человек
г) птицы
д) рыбы, рептилии
38. Энтеровирусы относятся к семейству…
а) миксовирусов
б) аденовирусов
в) пикорновирусов
г) реовирусов
д) риновирусов
39. В очаге кори контактным детям до года профилактика проводиться
а) вакциной
б) иммуноглобулином
в) не проводится
40. В урологическом кабинете проведение в одном помещении цистоскопии и перевязок (процедур)
а) допускается
б) не допускается
в) не рекомендуется
41. Противоэпидемические мероприятия-это мероприятия, направленные на прфилактику
а) неинфекционных заболеваний
б) инфекционных заболеваний
в) инфекционных и неинфекционных заболеваний
г) заболеваний отдельных групп населения
42. Эффективность вакцин выражается
а) показателем наглядности

б) коэффициентом корреляции
в) показателем защищенности
г) показателем смертности
43. Средство управление эпидемическим процессом аэрозольных инфекций
а) изоляционные мероприятия
б) дезинфекционные мероприятия
в) иммунопрофилактика
г) санитарно-гигиенические мероприятия
44. Очаг холеры после выявления, госпитализации последнего больного и проведения заключительной дезинфекции считается ликвидированным через…дней
а) 5
б) 10
в) 15
г) 20
45. Очаг чумы после госпитализации последнего больного и проведения заключительной дезинфекции, дератизации, дезинсекции считается ликвидированным через…дней
а) 4-6
б) 12-14
в) 16-18
г) 20-22
46. Продолжительность иммунитета после введения антирабической вакцины составляет...

а) 3 месяца
б) 1 год
в) 6 месяцев
г) 3 года
д) десятки лет
47. Для создания специфического антирабического иммунитета наиболее эффективна...
а) живая вакцина
б) антирабическая сыворотка
в) антирабический гаммаглобулин
г) вакцина в сочетании с гаммаглобулином
д) вакцина в сочетании с антирабической сывороткой
48. Введение антирабического гаммаглобулина обеспечивает...
а) пассивный иммунитет
б) уменьшение необходимого числа введений вакцины
в) облегчение состояния вакцинируемого
г) предупреждение осложнений
д) уменьшение дозы вакцины.
49. Эпидемиологическое наблюдение в очаге брюшного тифа проводится...
а) 45 дней
б) 35 дней
в) 21 день
г) 7 дней
д) 54 дня
50. Фекально-оральный механизм заражения вирусным гепатитом (ВГ) характерен для...
а) ВГ Д и ВГ Е
б) ВГА и ВГ Е
в) ВГА и ВГ В
г) ВГ А и ВГ С
д) ВГ В и ВГ С
51. Основным резервуаром возбудителя псевдотуберкулеза является...
а) человек
б) домашние животные
в) грызуны
г) клещи
д) птицы
52. Ревакцинация БЦЖ необходима в связи с
а) угасанием иммунитета после вакцинации
б) наличием контакта с больным туберкулезом
в) отсутствием поствакцинального знака
53. Вакцина БЦЖ-это
а) живые МБТ

б) убитые МБТ
в) живые, но ослабленные МБТ вакцинного штамма
54. Оновным методом выявления туберкулеза у детей является
а) массовая туберкулино-диагностика
б) флюорография
в) обследование групп риска
г) обследование лиц, обратившихся к фтизиатру
55. Под эпидемическим очагом туберкулезной инфекции следует понимать
а) больного, выделяющего БК
б) жилье больного, выделяющего БК
г) все перечисленное
56. Чаще других поражаются туберкулезом и могут служить источником заражения человека следующие виды животных
а) крупный рогатый скот
б) кошки и собаки
в) птицы
57. Максимальная продолжительность инкубационного периода при ветряной оспе составляет в днях
а) 7
б) 14
в) 21
г) 7
д) 35
58. Группа риска при вирусном гепатите А...
а) дети до года
б) дети 4-15 лет
в) люди 19-30 лет
г) взрослые старше 40 лет
д) пенсионеры
59. Признаки, характерные для дизентерии, при реализации молочного фактора передачи...
а) полиэтиологичность
б) большое количество тяжелых форм заболевания
в) низкий удельный вес бакподтверждения
г) эпидемический процесс растянут на 2-3 инкубационных периода
д) отсутствие тяжелых форм заболевания
60. Инкубационный период вирусного гепатита А...
а) 14 дней
б) 50 дней
в) 180 дней
г) 35 дней
д) сутки
61. Укажите период сезонного подъема заболеваемости холерой...
а) весна
б) лето
в) осень
г) зима
д) осень-зима
62. Лабораторные исследования, которые проводятся при брюшном тифе на первой неделе болезни...
а) РНГА
б) выделение гемокультуры
в) выделение возбудителя из розеол
г) внутрикожная проба
д) РПГА
63. При вирусном гепатите Е заключительная дезинфекция...
а) не проводится
б) проводится силами населения, а по эпидемическим показаниям дезинфекционной службой
в) во всех очагах дезинфекция проводится дезинфекционной службой
г) проводится силами отдела надзора за дезинфекционной деятельностью
д) проводится населением
64. Входными воротами возбудителя при ротавирусной инфекции являются...
а) полость рта
б) поврежденные кожные покровы
в) конъюнктива
г) верхние дыхательные пути

д) верно всё
65. Социально-экономическая значимость полиомиелита определяется...
а) активизацией эпидемического процесса
б) постоянной циркуляцией возбудителя среди населения
в) значительной инвалидизацией после заболевания
г) обнаружением полиовируса в объектах внешней среды
д) непродолжительным иммунитетом после заболевания и вакцинации.
66. Активный естественный иммунитет можно приобрести:
а) с молоком матери
б) после иммунизации инактивированной вакциной
в) после иммунизации анатоксином
г) после введения иммуноглобулина
д) после перенесенного инфекционного заболевания
67. Наиболее длительную защиту от болезни обеспечивает:
а) инактивированная вакцина
б) живая вакцина
в) химическая вакцина
г) лечебная сыворотка
д) иммуноглобулин
68. Обязательность плановых (обязательных) прививок против инфекционных заболеваний определяется:
а) календарем прививок
б) Законом ПМР о вакцинопрофилактике
в) эпидемиологической ситуацией
г) распоряжением главного государственного санитарного врача ПМР
69. Материалами, необходимыми для составления плана прививок в детской поликлинике являются:
а) календарь профилактических прививок
б) сведения о предшествующих прививках
в) сведения о перенесенных заболеваниях
г) данные детской переписи населения
д) сведения о противопоказаниях к прививкам
е) все выше перечисленное
70. При проведении прививок гражданин ПМР:
а) не имеет права отказаться от прививок
б) имеет право отказаться не подписывая отказ
в) имеет право отказаться подписав отказ
71. Естественный пассивный иммунитет формируется:
а) при введении иммунных сывороток
б) в результате бактерионосительства
в) при введении иммуноглобулина
г) при трансплацентарной передачи антител от матери плоду
72. План профилактических прививок на педиатрическом участке поликлиники составляет:
а) участковый педиатр
б) главная медсестра поликлиники
в) госпитальный эпидемиолог
73. Холодовая цепь – система, включающая:
а) холодильное оборудование и расположенные в нем вакцины
б) специально подготовленный персонал, холодильное оборудование и расположенные в нем вакцины
в) специально подготовленный персонал, холодильное оборудование с вакцинами, система контроля за соблюдением температурного режима
г) холодильное оборудование с вакцинами и система контроля за соблюдением температурного режима
74. Прививки против бешенства проводят:

а) всему населению в обязательном порядке
б) лицам, обратившимся за медицинской помощью по поводу укуса домашней собакой (ребенок дразнил собаку)
в) лицам, обратившимся за медицинской помощью по поводу укуса диким животным
75. Перед ревакцинацией против туберкулеза:
а) обязательно ставить пробу Манту
б) не обязательно ставить пробу Манту
76. Ревакцинация против дифтерии проводится взрослому населению:
а) с ограничением возраста прививаемых
б) без ограничения возраста прививаемых
77. В очагах сальмонеллеза, лицам бывшим в контакте с больным:

а) проводится вакцинация против сальмонеллеза
б) не проводится вакцинация против сальмонеллеза

78. Пищевые отходы класса А какого отделения допускается использовать в сельском хозяйстве в соответствии с требованиями законодательства ПМР
а) палатные отходы инфекционных отделений
б) палатные отходы терапевтических отделений
в) палатные отходы кожно-венерологических отделений
г) палатные отходы больниц противотуберкулезного профиля

79. Для сбора острых отходов класса Б должны использоваться:
а) многоразовые влагостойкие емкости (контейнеры)
б) одноразовые непрокалываемые влагостойкие емкости
в) в упакованном виде допускается сброс в мусоропровод

80. К какому классу эпидемиологической опасности относится материалы, контактировавшие с больными инфекционными болезнями
а) А
б) Б
в) В
г) Г
д) Д

81. К какому классу эпидемиологической опасности относится отходы лечебно-диагностических подразделений, фтизиатрических стационаров, загрязненные мокротой пациентов
а) А
б) Б
в) В
г) Г
д) Д

82. Укажите класс эпидемиологической опасности живых вакцин, непригодных к использованию
а) А
б) Б
в) В
г) Г
д) Д

83. Допустимо ли смешивание отходов различных классов эпидемиологической опасности в общей емкости
а) да
б) нет

84. С учетом чего выбирается метод, средство и режим предстерилизационной очистки, стерилизации, дезинфекции конкретного медицинского изделия
а) устойчивости изделия к средствам обработки
б) изношенности изделия
в) назначения медицинского изделия
г) условий содержания и хранения медицинских изделий
д) конструктивных особенностей медицинских изделий

85. В лечебно-профилактических организациях не допускается:
а) применение дезинфицирующих средств I и II класса опасностей
б) применение способа орошения поверхностей дезинфицирующими растворами
в) применение рабочих растворов перекиси водорода

86. Противоэпидемические мероприятия в отделении для ВИЧ-инфицированных пациентов и их новорожденных должны проводиться
а) по типу режима инфекционного отделения
б) по типу отделения для больных вирусным гепатитом В
в) используются медицинские изделия одноразового применения

87. Медицинский персонал, принимающий роды должен:
а) соблюдать меры личной безопасности
б) соблюдать меры предосторожности при работе с колющими, режущими инструментами
в) свести к минимуму соприкосновения с загрязненным бельем, использовать маркированные мешки или контейнеры
г) выполнять манипуляции в присутствии второго специалиста
д) при аварийных ситуациях провести экстренную профилактику
е) все вышеперечисленное

88. Обеззараживание воздуха в акушерских стационарах проводят:
а) фильтрацией с помощью антимикробных фильтров
б) ультрафиолетовым облучением (бактерицидным облучателем)
в) аэрозолями дезинфектантов с помощью ручных распылителей

89. От чего зависит устойчивость медицинских изделий к средствам предстерилизационной очистки, стерилизации, дезинфекции
а) от материала, из которого изготовлено изделие
б) от назначения изделия
в) от степени обработки поверхности изделия
г) от конструктивного исполнения
д) от упаковки изделия
90. Когда контролируются требования устойчивости изделий к средствам предстерилизационной очистки, стерилизации, дезинфекции
а) на стадии разработки изделия
б) на стадии изготовления изделия
в) при эксплуатации изделия
г) при предварительных испытаниях изделия
д) после доставки изделия в медицинские учреждения
е) верно все вышеперечисленное
ж) верно а, г и д
91. Химиопрофилактика применятся для контактных в очаге:

а) КГЛ
б) Сибирской язвы
в) Бруцеллеза
92. Профилактические мероприятия в эпизоотическом очаге бруцеллеза в отношении контактных людей включают:
а)Медицинское наблюдение и лабораторное обследование
б)Сдача на убой источника инфекции, лабораторное обследование и медицинское наблюдение
в)Проведение разъяснительной работы
93. Внутрибольничная инфекция- это
а)Инфекционное заболевание, возникшее у пациента при нахождении его в стационаре
б)Инфекционная болезнь, возникшая у пациента при получении им медицинской помощи в медицинской организации или у медицинского работника, при выполнении им профессиональной деятельности
в)Инфекционное заболевание, возникшее у пациента при проведении ему медицинских манипуляций
94. Наиболее эпидемиологически значимым источником инфекции при брюшном тифе является:
а)Больной острой формой
б)Больной в инкубационном периоде
в)Хронический бактерионоситель
95. Звенья эпидемического процесса – это:
а)Источник возбудителя, механизм передачи, восприимчивое население
б)Пути и факторы передачи возбудителя инфекции
в)Микроорганизмы, переносчики и восприимчивые к инфекционному заболеванию люди
96. Интенсивные показатели используются в эпидемиологии для изучения:
а)Структуры заболеваемости по возрастным группам
б)Влияния неоднородности структуры сравниваемых групп населения на заболеваемость
в)Структуры смертности по полу
г)Частоты распространения заболеваний
д)Этиологической структуры заболеваемости
97. Стандартизированные показатели позволяют оценить:
а)Уровень заболеваемости, летальности, смертности
б)Структуру заболеваемости
в)Качество проведенных мероприятий
г)Влияние неоднородной структуры сравниваемых групп на величину показателей
д)Влияние постоянно действующих причин
98. Сезонность при ротавирусной инфекции:
а)Летне-осенняя
б)Осеннее-зимняя
в)Зимне-весенняя
г)Весенне-летняя
д)Выраженной сезонности нет
99. Предметом изучения эпидемиологии как научной дисциплины является:
а)Заболеваемость, смертность, летальность населения от инфекционных болезней
б)Механизм передачи возбудителя
в)Эпидемический процесс, его проявления и закономерности развития
г)Инфекционные заболевания и их профилактика
д)Очаг инфекционного заболевания и меры борьбы

100. Эпидемиология инфекционных болезней - это наука:
а)Об эпидемиях
б)О механизме передачи возбудителя инфекций
о причинах, условиях и механизмах формирования заболеваемости населения
г)О закономерностях возникновения, развития и прекращения эпидемического процесса, способах его предупреждения и ликвидации
д)Об организации противоэпидемической работы

Приложение 2

Практические навыки

1. Антропонозные, зоонозные и сапронозные кишечные инфекции. Их общая характеристика.
2. Условия реализации механизма передачи возбудителя кишечных инфекций.
3. Сравнительная характеристика эпидемического процесса кишечных инфекций при различных путях передачи возбудителя.
4. Направленность профилактических и противоэпидемических мероприятий при кишечных инфекциях.
5. Эпидемиологический надзор за кишечными инфекциями.
6. Брюшной тиф. Эпидемиология и профилактика.
7. Дизентерия. Эпидемиология и профилактика.
8. Вирусные гепатиты «А» и «Е». Эпидемиология и профилактика.
9. Полиомиелит. Эпидемиология и профилактика.
10. Паразитарные заболевания, их общая характеристика.
11. Аскаридоз. Эпидемиология и профилактика.
12. Энтеробиоз. Эпидемиология и профилактика.
13. Тениаринхоз. Эпидемиология и профилактика.
14. Тениоз. Эпидемиология и профилактика.
15. Дифилоботриоз. Эпидемиология и профилактика.
16. Описторхоз. Эпидемиология и профилактика.
17. Характеристика источника возбудителя при капельных инфекциях.
18. Условия реализации механизма передачи при капельных инфекциях.
19. Направленность профилактических и противоэпидемических мероприятий при капельных инфекциях.
20. Эпидемиологический надзор при капельных инфекциях.
21. Стафилококковая инфекция. Скарлатина. Эпидемиология и профилактика.
22. Менингококковая инфекция. Эпидемиология и профилактика.
23. Дифтерия. Эпидемиология и профилактика.
24. Коклюш. Эпидемиология и профилактика.
25. Грипп. Эпидемиология и профилактика.
26. Эпидемический паротит. Эпидемиология и профилактика.
27. Корь. Эпидемиология и профилактика.
28. Краснуха. Эпидемиология и профилактика.
29. Оспа. Эпидемиология и профилактика.
30. Характеристика источника возбудителя при трансмиссивных инфекциях.
31. Условия реализации механизма передачи при трансмиссивных инфекциях.
32. Направленность противоэпидемических мероприятий при трансмиссивных инфекциях.
33. Эпидемиологический надзор при трансмиссивных инфекциях.
34. Сыпной тиф. Болезнь Брилля. Эпидемиология и профилактика.
35. Вирусный гепатит «Б», «С», «Д». Эпидемиология и профилактика.
36. Малярия. Эпидемиология и профилактика.
37. ВИЧ – инфекция. Эпидемиология и профилактика.
38. Сифилис. Эпидемиология и профилактика.
39. Гонорея. Эпидемиология и профилактика.
40. Аногенитальная инфекция. Эпидемиология и профилактика.
41. Хламидийная инфекция. Эпидемиология и профилактика.
42. Чесотка. Эпидемиология и профилактика.
43. Бруцеллез. Эпидемиология и профилактика.
44. Лептоспирозы. Эпидемиология и профилактика.
45. Сальмонеллез. Эпидемиология и профилактика.
46. Чума. Эпидемиология и профилактика.
47. Туляремия. Эпидемиология и профилактика.
48. Бешенство. Эпидемиология и профилактика.
49. Эхинококкоз. Эпидемиология и профилактика.
50. Сибирская язва. Эпидемиология и профилактика.
51. Иерсиниозы. Эпидемиология и профилактика.
52. Холера. Эпидемиология и профилактика.
53. Ботулизм. Эпидемиология и профилактика.
54. Столбняк. Эпидемиология и профилактика.
55. Коронавирусная инфекция (COVID-19). Эпидемиология и профилактика.
56. Пневмококковая инфекция. Эпидемиология и профилактика.

57. Проявления эпидемического процесса госпитальной инфекции.
58. Механизм развития эпидемического процесса при госпитальной инфекции.
59. Основные принципы профилактики госпитальных инфекций.
60. Определение понятий «дезинфекция», «стерилизация», «дезинсекция», «дера-тизация».
61. Виды дезинфекции.
62. Физическая дезинфекция.
63. Химическая дезинфекция.
64. Очаговая и профилактическая дезинфекция.
65. Основные принципы устройства дезинфекционных камер.
66. Дезинфекция при кишечных инфекциях.
67. Дезинфекция при инфекциях дыхательных путей.
68. Дезинфекция (дезинсекция) при кровяных инфекциях (сыпной и возвратный тифы).
69. Дезинфекция при инфекциях наружных покровов.
70. Дезинфекция при инфекциях с различными механизмами передачи.
71. Контроль качества дезинфекции.
72. Контроль качества камерного обеззараживания вещей.
73. Международные медико-санитарные правила.
74. Организация санитарной охраны территории от завоза карантинных инфек-ций.
75. Противоэпидемические мероприятия, проводимые в рамках санитарной охра-ны территории.

Приложение 3

Устное собеседование

1. Эпидемиология в современной структуре медицинской науки, медицинского образования и практического здравоохранения.
2. Информационная база оценки проявлений заболеваемости. Скрининг.
3. Показатели уровня и структуры заболеваемости, смертности, инвалидизации. Анализ показателей за отдельные промежутки времени или на данный момент.
4. Три основные признака проявления заболеваемости.
5. Эпидемиологические понятия, характеризующие эпидемический процесс. Эндемичность, экзотичность заболеваемости; спорадическая, эпидемическая и пандемическая заболеваемость. Понятие природной очаговости болезней человека.
6. Многолетняя динамика инфекционной заболеваемости. Природа цикличности эпидемиологического процесса.
7. Годовая динамика инфекционной заболеваемости. Природа сезонности.
8. Факторы, определяющие состояние здоровья населения.
9. Аналитические методы исследования в эпидемиологии.
10. Экспериментальные эпидемиологические методы. Понятие о естественном эпидемиологическом эксперименте.
11. Современные программы профилактики.
12. Эпидемиологическая диагностика в практическом здравоохранении. Три раздела эпидемиологической диагностики.
13. Ретроспективный и оперативный эпидемиологический анализ.
14. Эпидемическое обследование очага в связи с возникновением случая инфекционного заболевания и очагов с групповыми заболеваниями.
15. Инфекционные болезни, управляемые средствами иммунопрофилактики.
16. Методы применения средств, прививочной и экстренной профилактики.
17. Показания к иммунопрофилактике: иммунизация плановая и по эпидемическим показаниям.
18. Календарь профилактических прививок: перечень инфекций; последовательность проведения прививок.
19. «Холодовая цепь». Требования к учёту, хранению, реализации прививочного материала.
20. Противопоказания к применению профилактических прививок.
21. Послепрививочные реакции: общие и местные. Послевкцинальные осложнения, пути их профилактики.
22. Вакцины. Типы вакцинных препаратов по особенностям активнодействующего начала: живые, убитые, анатоксины и вакцины нового поколения.
23. Живые вакцины. Убитые вакцины. Общая характеристика.
24. Иммунные сыворотки, иммуноглобулины, бактериофаги, антибиотики, химиопрепараты, как средства экстренной профилактики.
25. Дезинфекция: определение понятия. Место дезинфекции в системе профилактических мероприятий при различных инфекциях.
26. Дезинфекция профилактическая и очаговая, текущая и заключительная.
27. Методы дезинфекции: механический, физический, химический.
28. Дезинфекция в ЛПУ. Объекты, подлежащие дезинфекции. Техника обработки. Контроль качества дезинфекции.
29. Стерилизация: определение понятия. Предстерилизационная обработка.
30. Контроль качества предстерилизационной обработки и стерилизации. Её роль в профилактике госпитальной инфекции.
31. Брюшной тиф. Эпидемиология и профилактика.
32. Дизентерия. Эпидемиология и профилактика.
33. Вирусные гепатиты «А» и «Е». Эпидемиология и профилактика.
34. Полиомиелит. Эпидемиология и профилактика.
35. Аскаридоз. Эпидемиология и профилактика.
36. Энтеробиоз. Эпидемиология и профилактика.
37. Гименолепидоз. Эпидемиология и профилактика.
38. Стафилококковая инфекция. Скарлатина. Эпидемиология и профилактика.
39. Менингококковая инфекция. Эпидемиология и профилактика.
40. Дифтерия. Эпидемиология и профилактика.
41. Коклюш. Эпидемиология и профилактика.
42. Грипп. Эпидемиология и профилактика.
43. Эпидемический паротит. Эпидемиология и профилактика.
44. Корь. Эпидемиология и профилактика.
45. Краснуха. Эпидемиология и профилактика.

46. Оспа. Эпидемиология и профилактика.
47. Сыпной тиф. Болезнь Брилля. Эпидемиология и профилактика.
48. Вирусный гепатит «Б», «С», «Д». Эпидемиология и профилактика.
49. Малярия. Эпидемиология и профилактика.
50. ВИЧ – инфекция. Эпидемиология и профилактика.
51. Сифилис. Эпидемиология и профилактика.
52. Гонорея. Эпидемиология и профилактика.
53. Аногенитальная инфекция. Эпидемиология и профилактика.
54. Хламидийная инфекция. Эпидемиология и профилактика.
55. Чесотка. Эпидемиология и профилактика.
56. Бруцеллез. Эпидемиология и профилактика.
57. Лептоспирозы. Эпидемиология и профилактика.
58. Тениаринхоз. Эпидемиология и профилактика.
59. Тениоз. Эпидемиология и профилактика.
60. Дифилоботриоз. Эпидемиология и профилактика.
61. Описторхоз. Эпидемиология и профилактика.
62. Сальмонеллез. Эпидемиология и профилактика.
63. Чума. Эпидемиология и профилактика.
64. Туляремия. Эпидемиология и профилактика.
65. Бешенство. Эпидемиология и профилактика.
66. Эхинококкоз. Эпидемиология и профилактика.
67. Сибирская язва. Эпидемиология и профилактика.
68. Иерсиниозы. Эпидемиология и профилактика.
69. Холера. Эпидемиология и профилактика.
70. Ботулизм. Эпидемиология и профилактика.
71. Столбняк. Эпидемиология и профилактика.
72. Коронавирусная инфекция (COVID-19). Эпидемиология и профилактика.
73. Пневмококковая инфекция. Эпидемиология и профилактика.
74. Эпидемические последствия стихийных бедствий.
75. Силы и средства, необходимые для ликвидации последствий стихийных бедствий.

ПАТОЛОГИЯ

1. Основные понятия нозологии. Болезнь как нарушение гомеостаза.
2. Номенклатура и классификация болезней.
3. Общая этиология. Общий патогенез. Причинно-следственные взаимоотношения в патогенезе.
4. Венозная гиперемия. Причины, механизмы, последствия.
5. ДВС - синдром. Стадии. Патогенез.
6. Экссудация. Механизмы развития. Значение.
7. Фагоцитоз при воспалении. Причины эмиграции лейкоцитов в очаг воспаления. Механизмы фагоцитарной деятельности лейкоцитов.
8. Понятие об иммунном гомеостазе, механизмы гуморального и клеточного иммунитета.
9. Опухоли. Определение сущности опухолевого роста. Этиология опухолей. Современные теории опухолевого роста. Современная классификация опухолей. Принципы ее построения. Вторичные изменения в опухолях.
10. Доброкачественные, злокачественные и опухоли с местным деструирующим ростом. Критерии злокачественности. Понятие о рецидиве.

ПЕДАГОГИКА

1. Определите место педагогики в системе современного человекознания.
2. Назовите способы структурирования содержания образования и проиллюстрируйте их на примере.
3. Дайте характеристику законодательным актам в сфере образования.
4. Какие документы составляют нормативную основу образования?
5. Что означает понятие «обучение»? Как ваше собственное понимание этого понятия соотносится с его научной трактовкой?
6. В чем обнаруживается сходство и различие процессов обучения и лечения как древнейших видов гуманитарной практики?
7. Какие типы и виды обучения оптимальны на доклиническом и клиническом этапах медицинского образования?
8. В чем суть поэтапного формирования знаний и умений? Пояснить на примерах.
9. Какие требования к выбору форм организации познавательной деятельности обучаемых на учебном занятии существуют в дидактике?
10. Что лежит в основе классификации форм организации познавательной деятельности? Как связаны между собой формы организации познавательной деятельности и цели обучения?
11. От чего зависит выбор форм организации познавательной деятельности к конкретному занятию?
12. Какие формы обучения наиболее рационально использовать на разных этапах обучения в медицинском вузе и при обучении разных категорий обучаемых (медицинский персонал, пациенты, их родственники)?

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ТУБЕРКУЛЕЗ

1. Этиология и эпидемиология туберкулеза. Особенности патоморфология на современном этапе. Моделирование эпидемиологической ситуации.
2. Клиническая классификация туберкулеза в соответствии с МКБ-10. Понятие о лекарственно устойчивом туберкулезе. основные симптомы и синдромы туберкулеза органов дыхания.
3. Выявление больных туберкулезом. Группы повышенного риска заболевания. Флюорографический и бактериологический методы выявления больных туберкулезом. Туберкулинодиагностика.
4. Понятие об очаге туберкулезной инфекции. Классификация очагов туберкулезной инфекции. Работа в эпидемиологическом очаге. План и методы оздоровления очага в целях предупреждения распространения туберкулеза.
5. Специфическая санитарная и социальная профилактика туберкулеза. Цели и задачи.

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. Медицинское право, как отрасль права.
2. Источники медицинского права.
3. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья.
4. Права и обязанности медицинских работников.
5. Понятие и виды медико-социальной помощи.
6. Особенности медицинской услуги
7. Особенности регулирования труда медицинских работников
8. Правонарушение и юридическая ответственность
9. Гражданско-правовая ответственность субъектов предоставления и оказания медико-социальной помощи.
10. Дисциплинарная ответственность медицинских работников.
11. Административная ответственность должностных лиц.
12. Уголовная ответственность медицинских работников.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

1. Дайте определение науки «Общественное здоровье и здравоохранение». Задачи общественного здоровья и здравоохранения. Объект изучения общественного здоровья и здравоохранения.
2. Какие методы используют при изучении общественного здоровья и здравоохранения?
3. Назовите главные критерии оценки эффективности системы здравоохранения.
4. Назовите базовые функции системы здравоохранения.
5. Дайте определения фактора риска. Перечислите факторы риска и кратко охарактеризуйте.
6. Дайте определение медицинской демографии и перечислите ее основные разделы.

7. Перечислите известные Вам исторически сложившиеся на этапах развития названия предмета Общественное здоровье и здравоохранение. С чем связано существование большого числа названий предмета?

8. Воспроизводство населения (естественное движение населения).
Общие и специальные показатели, методика расчета, анализ и оценка
9.Миграция населения: внешняя, внутренняя (урбанизация,
сезонная). Факторы, ее определяющие. Влияние миграции на здоровье населения
10. Естественный прирост населения, факторы на него влияющие.
Противоестественная убыль населения.
11. Дайте определения “заболеваемость”, распространенность болезней”,
патологическая пораженность”
12.От чего зависит полнота учета заболеваемости?

Министерство здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики
Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Медицинский факультет
Центр медицинского послевузовского образования

УТВЕРЖДАЮ
Министр здравоохранения ПМР
_____ К.В.Албул
«4» 04 2024 г.

СОГЛАСОВАНО
Ученым советом факультета
протокол № 5
от «29» 12. 2023г.
Председатель
Ученого совета факультета
_____ Г.Н.Самко

ПРОГРАММА
ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ

образовательной программы послевузовского
профессионального образования- программы ординатуры

Специальность **31.08.01 АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ**

Квалификация выпускника: врач – акушер- гинеколог
Трудоемкость: 108 часов-3з.е.
Сроки проведения: 24.06.24 - 6.07.24г.

Тирасполь, 2023

Программа итоговой государственной аттестации образовательной программы послевузовского профессионального образования- программы ординатуры по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология разработана в соответствии с Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология (утвержденным Приказом Министерства Просвещения Приднестровской Молдавской Республики № 660 от 28.07.2021г. «Об утверждении и введении в действие Государственного образовательного стандарта послевузовского профессионального образования - ординатуры)

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании кафедры Хирургии с циклом онкологии №4 протокол №4 от «20» ноября 2023 г.
Заведующий кафедрой Хирургии с циклом онкологии _____ Фомов Г.В.

Состав рабочей группы
по разработке программы государственной итоговой аттестации по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология

№	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы	Подпись составителя
1	Чебан Оксана Сергеевна	к.м.н., доцент	Врач акушер-гинеколог высшей категории, заведующая кафедрой.	ГОУ ПГУ им.Т.Г.Шевченко	

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УМК факультета

«12» 12 2023 г. (протокол № 4)

Председатель УМК _____ А.В. Васильчук

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УС факультета

«29» 12 2023г. (протокол № 5)

Председатель УС _____ Г.Н. Самко

Содержание

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.
2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры
3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации.
4. Форма и структура итоговой государственной аттестации.
    4.1. Форма итоговой государственной аттестации.
    4.2. Трудоёмкость итоговой государственной аттестации.
    4.3. Структура итоговой государственной аттестации.
5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.
6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации.
    6.1. Критерии оценки практических навыков и умений.
    6.2. Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.
    6.3. Критерии оценки квалификационного экзамена в форме тестирования.
7. Содержание государственного экзамена.
    7.1. Оценка практических навыков.
    7.2. Контрольные вопросы для государственного экзамена. Перечень теоретических вопросов.
    7.3. Примерный перечень тестов для проведения квалификационного экзамена, в форме тестирования прилагается
8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.

Цель - определение соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры требованиям Государственному образовательному стандарту послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.01 «Акушерство и гинекология».

Задачи:

— установление уровня подготовки выпускника к выполнению профессиональных задач (оценка степени сформированности всех компетенций, предусмотренных Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.01 «Акушерство и гинекология», характеризующих готовность выпускников к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации - врач - акушер-гинеколог).

— принятие решения о выдаче обучающемуся, успешно прошедшему итоговую государственную аттестацию по программе ординатуры, диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации.

2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры

Итоговая государственная аттестация относится к базовой части программы - Блок 3. итоговая государственная аттестация и завершает процесс освоения имеющих государственную аккредитацию образовательных программ ординатуры.

Итоговая государственная аттестация образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.01 «Акушерство и гинекология» завершается присвоением квалификации " врач - акушер-гинеколог".

3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путём обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- физические лица женского пола (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку готовности выпускников, освоивших программу ординатуры, к следующим видам профессиональной деятельности:

— профилактическая;
— диагностическая;
— лечебная;
— реабилитационная;
— психолого-педагогическая;
— организационно-управленческая.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

а) готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу - УК1;

б) готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия - УК2;

в) готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование - УК3.

Профессиональные компетенции (ПК):

а) профилактическая деятельность:

1) готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания - ПК1;

2) готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными - ПК2;

3) готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях - ПК3;

4) готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медикостатистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков - ПК4;

б) диагностическая деятельность - готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - ПК5;

в) лечебная деятельность:

1) готовностью к ведению, родовспоможению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании акушерско-гинекологической медицинской помощи - ПК6;

2) готовностью к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации - ПК7;

г) реабилитационная деятельность - готовностью к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении - ПК8;

д) психолого-педагогическая деятельность - готовностью к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих - ПК9;

е) организационно-управленческая деятельность:

1) готовностью к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях - ПК10;

2) готовностью к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей - ПК11.

4.Форма и структура итоговой государственной аттестации

4.1.Форма итоговой государственной аттестации

Итоговая государственная аттестация обучающихся по образовательной программе ординатуры 31.08.01 «Акушерство и гинекология» проводится в форме государственного экзамена.

4.2.Трудоёмкость итоговой государственной аттестации

Объем итоговой государственной аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов)

- сдачу государственного экзамена.

4.3.Структура итоговой государственной аттестации

В Блок 3 " Итоговая Государственная аттестация" входят подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена. Перед государственным экзаменом по специальности для ординаторов проводятся предэкзаменационные консультации по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в три этапа:

1 этап - тестирование, проводится для получения сертификата специалиста, имеет целью определить готовность специалиста к самостоятельной профессиональной (медицинской) деятельности (согласно Приказу Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 31.05.2022г №477 «Об утверждении Порядка приема граждан на обучение по образовательным программам послевузовского профессионального образования – программам ординатуры, а также Порядка реализации образовательных программ послевузовского профессионального образования – программ ординатуры» (регистрационный № 11145 от 15 июля 2022 года) (САЗ 22-27)). Во время тестирования обучающийся выбирает правильный(е) ответ(ы) из предложенных нескольких вариантов ответов. Каждый обучающийся отвечает на 100 тестовых вопросов, на решение которых отводится 120 минут(2 астрономических часа).

2 этап - оценка практических навыков и умений - состоит из демонстрации практических навыков и умений, приобретенных в результате освоения программы ординатуры.

3 этап – устный экзамен по дисциплине Акушерство и гинекология с целью определения сформированности профессиональных компетенций выпускника, профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения. Каждый билет состоит из пяти теоретических вопросов, в процессе проведения государственного экзамена обучающемуся могут быть заданы уточняющие или дополнительные вопросы в рамках билета. На подготовку к ИГА ординатору выделяется 2 недели. После выбора билета ординатор готовится к ответу 30 минут, отвечает согласно регламенту 20 минут. По решению комиссии обучающийся может быть освобожден от необходимости полного ответа на вопрос билета, уточняющий или дополнительный вопрос.

Этапы государственного экзамена	Компетенции, которые оцениваются в ходе этапа
1 этап - в форме тестирование	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7 ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11.
2 этап - оценка практических навыков и умений	
3 этап – устный экзамен по дисциплине	

5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.

Проведение ИГА определяется календарным учебным графиком, выполнением индивидуального плана ординатора и расписанием ИГА.

Перед итоговой государственной аттестацией обучающиеся должны ознакомиться с программой ИГА. Подготовка к государственному экзамену может проводиться в формах, как устного повторения пройденных дисциплин (с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д.), так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.

6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации. Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

6.1. Подведение **итогов 1 этапа в форме тестирования. Результат решения тестов оценивается по ятибалльной системе:**

- 59% и менее правильных ответов - «неудовлетворительно»;
- 60% - 70% - «удовлетворительно»;
- 71% - 84% - «хорошо»;
- 85% - 100% - «отлично».

6.2. Критерии оценки практических навыков и умений

Результаты 2 этапа определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол ИГА. Обучающиеся, получившие оценку «неудовлетворительно» к 3 этапу государственного экзамена не допускается, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений;

- «хорошо» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет;

- «удовлетворительно» - обучающийся обладает удовлетворительными теоретическими знаниями - знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний - не знает методики выполнения, практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и т.д.; и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

6.3. Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.

Результаты 3 этапа государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «хорошо» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «удовлетворительно» - обучающийся показывает частичное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз с учетом принятой классификации. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций, демонстрируя поверхностное знание предмета;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не показывает освоение планируемых результатов обучения по пройденным темам, не может сформулировать диагноз или неправильно его ставит. Не может правильно ответить на большинство дополнительных вопросов, характеризующих уровень освоения необходимых компетенций.

6.3. Подведение итогов 3 этапа квалификационного экзамена в форме тестирования. Результат решения тестов оценивается по пятибалльной системе:

- 59% и менее правильных ответов - «неудовлетворительно»;
- 60% - 70% - «удовлетворительно»;
- 71% - 84% - «хорошо»;
- 85% - 100% - «отлично».

7. Содержание государственного экзамена

7.1.Тестировние: Приложение 1
7.2.Практические навыки: Прилодение 2
7.3.Устное собеседование Приложение 3

8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

Основная литература:

1. Акушерство [Электронный ресурс] : нац. рук. / [В. В. Авруцкая и др.] ; гл. ред. Э.
2. К. Айламазян [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - URL :http://marc.rsmu.m:8020/marcweb2/Default.asp.
3. Гинекология [Электронный ресурс] : нац. рук.: крат. изд. / под ред. Г. М. Савельевой [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 704 с. : ил. - URL : http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
4. Гинекология [Электронный ресурс] : клин. лекции : [учеб. пособие для высш. проф. образования] / [В. В. Баринов и др.] ; под ред. О. В. Макарова. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2010. - 348 с. : ил. - URL : http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/ Default.asp.
5. Практическая гинекология [Текст] = (клин. лекции) / Науч. центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН ; под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - Москва : МЕДпресс, 2008.
6. Бауэр, Г. Цветной атлас по кольпоскопии : пер. с нем. / Г. Бауэр ; под ред. С. И. Роговской. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 287 с.
7. Полунина, Н. В. Общественное здоровье и здравоохранение : учеб. для мед. вузов /Н. В. Полунина. - М. : Мед. информ. агентство, 2010.
8. Лисицын, Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение : учеб. для студентов мед. вузов / Ю. П. Лисицын. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007.
9. Лучевая диагностика [Электронный ресурс] : [учеб. для высш. проф. Образования] / [Г. Е. Труфанов и др.] ; под ред. Г. Е. Труфанова. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2013. - 496 с. : ил. - URL : http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.

Дополнительная литература:

10. Акушерство : клинические лекции [Электронный ресурс] : учебное пособие / под ред. проф. О. В. Макарова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 640 с. : ил.- URL : http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
11. Акушерство : клинич. лекции : учеб. пособие для студентов мед. вузов / О. В. Макаров и др. ; под ред. О. В. Макарова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007.
12. Акушерство : учеб. для мед. вузов / Г. М. Савельева, Р. И. Шалина, Л. Г. Сичинава и

др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011.
13. Акушерство [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов / Г. М. Савельева, Р. И. Шалина, Л. Г. Сичинава и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 651 с. : ил.- URL : http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
14. Макаров, О. В. Артериальная гипертензия у беременных. Преэклампсия (гестоз) : учебное пособие для студентов, ординаторов, аспирантов / О. В. Макаров, Е. В. Волкова ; Российский государственный медицинский университет. - Москва : РГМУ, 2009. - 47 с.
15. Акушерство и гинекология : клинические рекомендации / гл. ред. Г. М. Савельева, В. Н. Серов, Г. Т. Сухих ; [Рос. о-во акушеров - гинекологов ; Ассоц. мед. о-в по качеству]. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 868 с.
16. Акушерство и гинекология [Электронный ресурс] : клин. рек. / под ред. В. Н. Серова, Г. Т. Сухих. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 868 с. : ил.- URL : http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
17. Руководство к практическим занятиям по акушерству : учеб. пособие для студентов мед. вузов / В. Е. Радзинский и др. ; под ред. В. Е. Радзинского. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2007. - 655 с. : ил.
18. Антифосфолипидный синдром - иммунная тромбофилия в акушерстве и гинекологии / А. Д. Макацария, В. О. Бицадзе, С. М. Баймурадова и др. ; [под ред. А. Д. Макацария]. - М. : Триада-Х, 2007. - 451 с. : ил.
19. Лучевая диагностика и терапия в акушерстве и гинекологии : нац. рук. / [А. Б. Абдураимов, Л. В. Адамян, Т. П. Березовская и др.] ; гл. ред. : Л. В. Адамян и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 655 с. : ил.
20. Макацария, А. Д. Тромбозы и тромбоэмболии в акушерско-гинекологической клинике : молекулярно-генетические механизмы и стратегия тромбоэмболических осложнений : рук. для врачей / А. Д. Макацария, В. О. Бицадзе, С. В. Акиньшина. - М. : МИА, 2007. - 1059 с. : ил.
21. Гинекология [Текст] : [учеб. для высш. проф. образования] / [Б. И. Баисова, Д. А. Бижанова, В. Г. Бреусенко и др.] ; под ред. Г. М. Савельевой, В. Г. Бреусенко. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012.
22. Гинекология [Электронный ресурс] : [учеб. для высш. проф. образования] / [Б.
23. И. Баисова и др.] ; под ред. Г. М. Савельевой, В. Г. Бреусенко. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 431 с. : ил. - URL :
24. http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
25. Савельева, Г. М. Гистероскопия [Электронный ресурс] : атлас и рук. / Г. М. Савельева, В. Г. Бреусенко, Л. М. Капушева. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 243 с. : ил. - URL : http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
26. Руководство к практическим занятиям по гинекологии : учеб. пособие для студентов мед. вузов / В. Е. Радзинский и др. ; под ред. В. Е. Радзинского. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2007. - 599 с. : ил., табл.
27. Гуриев, Т. Д. Внематочная беременность [Текст] : [учеб. пособие для послевуз. проф. образования врачей] / Т. Д. Гуриев, И. С. Сидорова. - М. : Практ. медицина, 2007. - 94 с. :
28. Дзигуа М. В. Медицинская помощь женщине с гинекологическими заболеваниями в различные периоды жизни [Текст] : учеб. пособие для мед. училищ и колледжей. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 355 с. : ил.
29. Подзолкова, Н. М. Невынашивание беременности [Текст] : [практ. рук.] / Н. М. Подзолкова, М, Ю. Скворцова, Т. В. Шевелева. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 127 с. :
30. Уткин, Е. В. Клиника, диагностика и терапия воспалительных заболеваний придатков матки неспецифической этиологии / Е. В. Уткин. - Кемерово : Кузбасс, 2010. - 168 с. : ил.
31. Клинико-морфологическая оценка лечения рака шейки матки аутогемохимиотерапией. Влияние фитоадаптогенов [Текст] / С. М. Козырева, Т. М. Гатагонова, Л. Г. Хетагурова, К. М. Козырев. - Владикавказ : [б. и.], 2011.

32. Заболевания органов дыхания при беременности [Текст] / Е. Л. Амелина, В. В. Архипов, Р. Ш. Валеев и др. ; под ред. А. Г. Чучалина, Р. С. Фассахова. - Москва : Атмосфера, 2010.
33. Хирш, Х. А. Оперативная гинекология : атлас : пер. с англ. / Х. А. Хирш, О. Кезер, Ф. А. Икле ; гл. ред. Кулаков В. И.; отв. ред. Федоров И. В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 649 с. : ил.
34. Шефер, К. Лекарственная терапия в период беременности и лактации [Текст] : [руководство] : пер. с нем. - Москва : Логосфера, 2010. - 767 с.
35. Экономика здравоохранения [Электронный ресурс] : [учебник] / под ред. А. В. Решетникова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 191 с. - URL : http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
36. Щепин, О. П. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст] : [учеб. для системы послевуз. проф. образования врачей]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011.
37. Управление и экономика здравоохранения [Текст] : учеб. пособие для вузов / [А. И. Вялков, В. З. Кучеренко, Б. А. Райзберг и др.] ; под ред. А. И. Вялкова. - 3-е изд., доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 658 с.
38. Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения : учеб. пособие для мед. вузов / В. З. Кучеренко и др. ; под ред. В. З. Кучеренко. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 245 с.
39. Здоровье населения - основа развития здравоохранения / О. П. Щепин, Р. В. Коротких, В. О. Щепин, В. А. Медик ; под ред. О. П. Щепина. - М. : Нац. НИИ обществ. здоровья РАМН, 2009. - 375 с.
40. Стародубов, В. И. Тенденции в состоянии здоровья населения и перспективы развития здравоохранения в России [Текст] : акт. речь в ГБОУ РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздравсоцразвития России / В. И. Стародубов ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова. - М. : Менеджер здравоохранения, 2012. - 35 с.
41. Фролова, Ю. Г. Психология здоровья [Электронный ресурс] / Ю. Г. Фролова. - Минск : Вышэйш. шк., 2014. - 255 с. - URL : http://ibooks.ru.
42. Основы лучевой диагностики и терапии [Электронный ресурс] : [нац. рук.] / [Абдураимов А. Б. и др.] ; гл. ред. Сер. И тома С. К. Терновой. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2013. - 996 с. : ил. - URL : http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
43. Синицын, В. Е. Магнитно-резонансная томография [Электронный ресурс] : учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей / В. Е. Синицын, Д. В. Устюжанин. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 204 с. : ил. - URL : http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
44. Лучевая диагностика и терапия в акушерстве и гинекологии : нац. рук. / [А. Б. Абдураимов, Л. В. Адамян, Т. П. Березовская и др.] ; гл. ред. : Л. В. Адамян и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 655 с. : ил.
45. Опухоли женской репродуктивной системы / В. В. Баринов, А. Г. Блюменберг, В. Н. Богатырев и др. ; под ред. М. И. Давыдова и др. - Москва : Мед. информ. агентство, 2007. - 373 с.
46. Руководство по организации и деятельности перинатального центра / А. Г. Антонов и др. ; под ред. Н. Н. Володина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 471 с.

Приложение 1

1. **Таз может считаться анатомически узким, если размер истинной коньюгаты менее**
   1. 12 см
   2. 11,5 см
   3. 11 см
   4. 10,5 см
   5. 10 см
2. **Указанные особенности биомеханизма родов: длительное стояние головки плода стреловидным швом в поперечном размере входа в малый таз; некоторое разгибание головки плода во входе в малый таз; асинклитическое вставление головки плода (чаще задне-теменной) асинклитизм характерны для следующей формы анатомически узкого таза**
   1. просто плоского
   2. плоскорахитического
   3. общеравномерносуженного
   4. поперечносуженного
3. **Клинически узкий таз – это**
   1. одна из форм анатомически узкого таза
   2. отсутствие продвижения головки плода при слабости родовой деятельности
   3. несоответствие головки плода и таза матери, выявленное во время беременности
   4. все перечисленное
   5. ничего из перечисленного
4. **При лобном предлежании доношенного плода родоразрешение проводят**
   1. путем наложения вакуум-экстрактора на головку плода
   2. с помощью атипичных акушерских щипцов
   3. путем кесарева сечения
   4. с применением родостимуляции окситоцином или простагландинами
   5. с применением рассечения шейки матки и промежности
5. **При разрыве промежности II степени происходит все перечисленное, кроме**
   1. нарушения задней спайки
   2. повреждения стенок влагалища
   3. повреждения мышц промежности
   4. повреждения наружного сфинктера прямой кишки
   5. повреждения кожи промежности
6. **Для общеравномерносуженного таза характерно**
   1. уменьшение только прямого размера входа в малый таз
   2. одинаковое уменьшение всех размеров малого таза
   3. удлинение крестца
   4. правильно б) и в)
   5. все перечисленное
7. **Если анатомически узкий таз сочетается с задне-теменным асинклитическим вставлением головки плода, то роды следует вести**
   1. консервативно
   2. в зависимости от формы анатомически узкого таза
   3. в зависимости от массы тела плода
   4. только путем кесарева сечения

8. **В биомеханизме родов при лицевом предлежании плода ведущей точкой является**
   1. подъязычная кость
   2. подбородок
   3. нос
   4. лоб
   5. верхняя челюсть

9. При осмотре головки новорожденного сразу после родов обращает на себя внимание ее брахицефалическая («башенная») конфигурация. Это характерно для биомеханизма родов при следующем предлежании

1. затылочном, передний вид
2. затылочном, задний вид
3. **переднеголовном**
4. лобном
5. лицевом

10. В течение какого минимального промежутка времени при динамическом наблюдении можно диагностировать слабость родовой деятельности:

1. 1 - 2 часа.
2. 3 - 4 часа.
3. 5 - 6 часов.

11. У 23-х летней женщины наблюдается аменорея в течение 6 недель. Общее обследование не выявило никакой патологии. Что необходимо сделать?

1. Исследовать ХГЧ в крови.
2. Общий анализ крови.
3. Наблюдать за женщиной в течение 1-2 недель.
4. Исследовать гонадотропные гормоны гипофиза.

12. Следующий биомеханизм родов: сгибание головки плода во входе в малый таз; внутренний поворот головки в полости малого таза, затылком кпереди; разгибание головки характерен для предлежания:

1. переднеголовного
2. лобного
3. лицевого
4. затылочного, передний вид
5. затылочного, задний вид

13. В женскую консультацию обратилась первобеременная с жалобами на слабое шевеление плода. Срок беременности - 35-36 недель, дно матки - между пупком и мечевидным отростком, сердцебиение плода глухое, ритмичное, на ногах отеки, прибавка в весе - 10 кг. Какой метод исследования наиболее информативен в данной ситуации?

1. гормональный метод исследования (определение эстриола);
2. кардиотокография с использованием функциональных проб;
3. метод наружного акушерского исследования;
4. УЗИ с допплером
5. все вышеперечисленное.

14. При осмотре родившегося последа обнаружены сосуды, обрывающиеся в оболочках. Ваш диагноз:

1. Дефект ткани плаценты.
2. Преждевременная отслойка плаценты.
3. Оболочечное прикрепление пуповины.
4. Плацента при родах двойней.

15. У беременной, лежащей на спине, внезапно появилась бледность кожных покровов, липкий пот, снизилось артериальное давление, затруднилось дыхание. Какова причина этого состояния?

1. отслойка плаценты
2. разрыв матки
3. синдром сдавления нижней полой вены
4. эмболия околоплодными водами

16. При осмотре головки новорожденного сразу после родов обращает на себя внимание ее брахицефалическая («башенная») конфигурация. Это характерно для биомеханизма родов при следующем предлежании:

1. затылочном, передний вид
2. затылочном, задний вид
3. переднеголовном

4. лобном
5. лицевом

17. Беременность 28 нед., отеки голеней, передней брюшной стенки, АД 170/110 мм рт. ст., протеинурия 0,1 г/л. Диагноз:

1. Гипертоническая болезнь.
2. Преэклампсия умеренной степени
3. Преэклампсия тяжелой степени

18. Беременность 29 нед., генерализованные отеки, АД 190/100 мм. рт. ст., протеинурия 5,0 г/л, гипотрофия плода 3 степени. Диагноз:

1. Гипертоническая болезнь.
2. Преэклампсия умеренной степени
3. Преэклампсия тяжелой степени

19. Беременная в сроке 34 недели перенесла дома приступ эклампсии. При поступлении в родильный дом АД - 150/100 мм рт. ст. Предполагаемая масса плода - 1500 г. Пастозность лица и голеней. Белок в моче - 0.66‰. Родовые пути к родам не готовы. Начата интенсивная комплексная терапия. Правильная врачебная тактика:

1. на фоне лечения можно пролонгировать беременность на 1-2 недели
2. на фоне лечения можно пролонгировать беременность на 3-4 недели
3. начать родовозбуждение путем введения окситоцина или простагландинов
4. родоразрешить путем операции кесарева сечения

20. Беременность 37 недель. Преэклампсия умеренной степени тяжести. Предполагаемая масса плода - 2200 г. Шейка матки к родам не готова. Констатирована прогрессирующая хроническая гипоксия плода. На фоне лечения необходимо:

1. пролонгировать беременность на 1-2 недели
2. начать родовозбуждение внутривенным введением окситоцина или простагландинов
3. провести схему родовозбуждения при целом плодном пузыре
4. произвести родоразрешение путем кесарева сечения

21. Роженица 26 лет. Роды вторые. Первая беременность закончилась срочными родами, в послеродовом периоде был эндометрит. Схватки слабые, короткие. Поступила с умеренными кровянистыми выделениями из половых путей, предлежащая головка над входом в малый таз. При влагалищном исследовании: за внутренним зевом определяется край плаценты. Плодный пузырь цел. Что делать?

1. продолжить консервативное ведение родов;
2. вскрыть плодный пузырь;
3. приступить к операции кесарева сечения;
4. вскрыть плодный пузырь и усилить родовую деятельность внутривенным введением окситоцина;
5. ничего из вышеперечисленного.

22. У беременной с умеренной преэклампсией в сроке 32 недели беременности появились признаки прогрессирующей преждевременной отслойки плаценты. Произведена срочная госпитализация в роддом. Акушерская тактика:

1. интенсивная терапия и сохранение беременности
2. родовозбуждение и родостимуляция
3. кесарево сечение
4. применение токолитиков
5. правильно 1) и 4)

23. Роженица находится в родах около 10 часов. Воды не изливались. Внезапно роженица побледнела, появилась рвота, сильные распирающие боли в животе, матка приняла асимметричную форму, плотная, сердцебиение плода глухое. При влагалищном исследовании: открытие шейки полное, плодный пузырь цел, напряжен, предлежащая головка в полости малого таза. Что делать?

1. срочно приступить к операции кесарева сечения;
2. вскрыть плодный пузырь и наложить акушерские щипцы;
3. вскрыть плодный пузырь;
4. провести лечение острой гипоксии плода;

5. провести стимуляцию родовой деятельности.

24. Тактика врача при возникновении кровотечения в третьем периоде родов в отсутствие признаков отделения плаценты:

1. ввести средства, вызывающие сокращение матки;
2. применить метод Креде-Лазаревича;
3. применить прием Абуладзе;
4. произвести ручное отделение плаценты и выделение последа;
5. ввести спазмолитические средства.

25. У роженицы внезапный озноб, цианоз лица, боли за грудиной, одышка, тахикардия, АД 80/60 мм. рт. ст. Предположительный диагноз:

1. Преждевременная отслойка плаценты.
2. Гипотоническое кровотечение.
3. Токсико-инфекционный шок.
4. Эмболия околоплодными водами.
5. Эклампсия.

26. При послеродовой кровопотере 1000 мл установлено: АД 70/40 мм рт.ст. пульс 130 в 1 мин, бледность, холодный пот, олигурия. Диагноз:

1. геморрагический шок I степени
2. геморрагический шок II степени
3. геморрагический шок III степени

27. Тактика врача в случае появления децелераций на кардиотокограмме при сроке беременности 41 нед. и наличии не «зрелой» шейки матки:

1. выполнение амниотомии и ведение родов под кардиомониторным контролем;
2. лечение гипоксии плода внутривенным введением курантила с последующим динамическим кардиотокографическим контролем;
3. родоразрешение путем кесарева сечения;
4. любое из перечисленных выше действий;
5. ничего из перечисленного выше.

28. Проведен тур родовызывания без эффекта по поводу перенашивания беременности у соматически здоровой женщины. ПМП-3550 г. Головное предлежание, состояние плода удовлетворительное. Дальнейшая тактика:

1. Кесарево сечение.
2. Родовызывание окситоцином через 24 часа.
3. Родовызывание простогландинами с ранней амниотомией

29. Доношенная беременность. Двойня. Первый плод в тазовом предлежании, второй плод в головном предлежании. Начало I периода родов. Тактика ведения:

1. Выжидательная.
2. Родостимуляция.
3. Кесарево сечение.

30. Доношенная беременность. Двойня. Оба плода в поперечном положении. Излились околоплодные воды. Тактика ведения:

1. Родостимуляция.
2. Выжидательная.
3. Кесарево сечение.
4. Поворот первого плода на ножку.

31.После рождения первого плода в матке обнаружен второй плод в поперечном положении. Сердцебиение плода ясное, 136 уд./мин. Воды второго плода не изливались. Что делать?

1. уточнить позицию второго плода;
2. произвести влагалищное исследование;
3. вскрыть плодный пузырь;
4. произвести наружно-внутренний акушерский поворот;
5. все вышеперечисленное.

32. Повторнобеременная со сроком беременности 32 недели поступила в отделение патологии беременности. Поперечное положение плода. Жалобы на тянущие боли внизу живота. Матка возбудима. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 140 уд./мин. При влагалищном исследовании: шейка матки слегка укорочена, цервикальный канал

пропускает кончик пальца, предлежащая часть не определяется. Акушерская тактика:

1. кесарево сечение;
2. наружный поворот плода;
3. мероприятия, направленные на сохранение беременности;
4. родовозбуждение с последующим наружно-внутренним поворотом плода и экстракцией;
5. амниотомия.

33. При запущенном поперечном положении живого доношенного плода, хорошем его состоянии и отсутствии признаков инфекции у матери наиболее правильным будет проведение:

1. комбинированного акушерского поворота плода на головку с последующей его экстракцией
2. наружного акушерского поворота плода на головку
3. родостимуляции окситоцином в надежде на самоизворот плода
4. операция кесарева сечения

34. I период родов, ПМП - 3800 г. Тазовое предлежание. Сердцебиение 100 в 1 мин, приглушено, открытие зева 8 - 9 см, плодный пузырь цел. Предлежат стопки. Мыс недостижим. Тактика:

1. Извлечение плода за тазовый конец.
2. Родостимуляция.
3. Кесарево сечение.

35. У повторно беременной первородящей с неполным предлежанием плаценты при открытии шейки матки на 4 см диагностировано тазовое предлежание плода. Предполагаемая масса плода - 3900 г. Тактика ведения:

1. ранняя амниотомия и родовозбуждение
2. ранняя амниотомия и внутривенное капельное введение спазмолитиков
3. кесарево сечение
4. применение токолитиков
5. экстракция плода за тазовый конец

36.При ножном предлежании плода и выявлении его хронической гипоксии (в 38 недель беременности) наиболее правильным является следующий метод родоразрешения:

1. амниотомия и стимуляция родов внутривенным введением окситоцина
2. кесарево сечение в плановом порядке
3. роды через естественные родовые пути с последующей экстракцией плода за тазовый конец
4. роды через естественные родовые пути с систематическим применением спазмолитиков
5. правильно в) и г)

37. Повторнородящая доставлена в родильное отделение по поводу срочных родов. Предлежит тазовый конец, родовая деятельность активная. В процессе исследования излились околоплодные воды, после чего сердцебиение плода стало редким, до 90 уд./мин. При влагалищном исследовании: открытие шейки полное, плодного пузыря нет, во влагалище прощупывается ножка плода и выпавшая пуповина, ягодицы плода во входе таза. Что должен предпринять врач, ведущий роды?

1. заправить пуповину, продолжить консервативное ведение родов;
2. провести профилактику начавшейся асфиксии плода;
3. приступить срочно к родоразрешению путем операции кесарева сечения;
4. произвести экстракцию плода за тазовый конец.
5. все вышеперечисленное.

38. В женскую консультацию обратилась женщина 26 лет с жалобами на задержку менструации в течение 2 месяцев, небольшие тянущие боли внизу живота. При влагалищном исследовании определяется матка, увеличенная до 8 недель беременности, цервикальный канал закрыт, придатки без особенностей. Ваш диагноз:

1. беременность 8 недель, угрожающий выкидыш;
2. неразвивающаяся беременность;

3. внематочная беременность;
4. миома матки;
5. неполный аборт.

39. Что является не характерным для переношенной беременности?

1. Уменьшение окружности живота.
2. Уменьшение высоты дна матки.
3. Нет нарастания массы тела беременной.
4. Фетоплацентарная недостаточность.
5. Увеличение окружности живота.

40. Проведен тур родовызывания без эффекта по поводу перенашивания беременности у соматически здоровой женщины. ПМП-3550 г. Головное предлежание, состояние плода удовлетворительное. Дальнейшая тактика:

1. Кесарево сечение.
2. Родовызывание окситоцином через 24 часа.
3. Амниотомия + родовызывание энзапростом через 24 часа

41. Оптимальные сроки хирургического лечения (наложение швов на шейку матки) при истмико - цервикальной недостаточности:

1. 6-8 недель.
2. 10-12 недель.
3. 14-16 недель.
4. 18-20 недель.
5. 20-22 недели.

42.Что является противопоказанием к проведению токолитической терапии при преждевременных родах?

1. Масса плода 1000 - 2500 г.
2. Целый плодный пузырь.
3. Открытие маточного зева 5 - 6 см.
4. Живой плод.
5. Отсутствие острой и хронической инфекции.

43. У каких беременных показано углубленное обследование на токсоплазмоз?

1. При раннем гестозе.
2. У первобеременных старше 30 лет.
3. У курящих беременных.
4. При анемии беременных.
5. При привычном выкидыше.

44. Какие из перечисленных признаков беременности являются достоверными?

1. Движение плода в матке, ощущаемое беременной.
2. Цианоз шейки матки и слизистой влагалища.
3. Шумы в матке.
4. Определение частей плода.
5. Определение в моче ХГ.

45. Прямой размер головки плода равен:

1. 10,5 см.
2. 8,5 см.
3. 12,0 см.
4. 11,5 см.
5. 11,0 см.
6. 13,0 см.

46. Какой из размеров малого таза увеличивается в родах у первородящих на 1,5-2 см?

1. Правый и левый косой размер плоскости входа в малый таз.
2. Прямой, плоскости широкой части малого таза.
3. Прямой, плоскости узкой части малого таза.
4. Поперечный, плоскости узкой части малого таза.
5. Прямой, плоскости выхода из малого таза.
6. Поперечный, плоскости выхода из малого таза.

47. Наиболее достоверным методом определения размера истинной коньюгаты является:

1. Вычисление из диагональной коньюгаты.
2. Вычисление методом продольного сканирования.
3. Вычисление по наружной коньюгате.
4. Вычисление по размерам ромба Михаэлиса.

48. Свершившийся разрыв матки характеризуется:

1. внезапным прекращением родовой деятельности
2. частыми болезненными схватками
3. слабыми нерегулярными схватками

49. Что называется своевременным излитием околоплодных вод? Излитие их при:

1. Раскрытии маточного зева более 6-7 см.
2. Раскрытии маточного зева до 6 см.
3. Полном раскрытии маточного зева.

50. Физиологическая кровопотеря в родах - это кровопотеря:

1. Не более 0,5% от массы тела.
2. Не более 0,6 - 0,8% от массы тела.
3. Не более 500 мл.

51. Какой из показателей не входит в классификацию разрыва матки?

1. По времени
2. По патогенетическому признаку
3. По клиническому течению
4. По характеру повреждения
5. По локализации
6. По силе воздействия

52. Какова длительность раннего послеродового периода?

1. Первые 2 - 4 часа после родов.
2. Первые сутки после родов.
3. Первые 6 часов после родов.
4. Первые 6 суток после родов.

53. Какие особенности наиболее характерны для лабораторных данных при чрезмерной рвоте беременных?

1. Ацетон в моче.
2. Гипергликемия.
3. Увеличение СОЭ.
4. Протеинурия.
5. Цилиндрурия.
6. Азотемия.

54. Для тазового предлежания при наружном акушерском исследовании не характерно:

1. Высокое расположение дна матки
2. Баллотирующая часть в дне матки
3. Сердцебиение плода, лучше прослушиваемое выше пупка.
4. Баллотирующая часть над входом в малый таз.
5. Высокое расположение предлежащей части.

55. Для зрелой шейки матки характерно:

1. Расположение ее по проводной оси таза.
2. Размягчение на всем протяжении.
3. Проходимость цервикального канала для 1-1,5 пальца.
4. Укорочение шейки до 1-1,5 см.
5. Все вышеперечисленное.

56. Чаще всего причиной отслойки нормально расположенной плаценты является:

1. Сильные схватки.
2. Удар в живот.
3. Преэклампсия.
4. Короткая пуповина.
5. Преждевременное излитие вод.

57. Укажите основной фактор этиологии синдрома Шихана:

1. Гипотиреоз.

2. Некротические изменения аденогипофиза в результате геморрагического шока в родах.
3. Менингоэнцефалит.
4. Гипофизарное ожирение.
5. Наследственный фактор.

58. При длительном прелиминарном периоде /более 36 часов/ необходимо:

1. Провести родовызывание с последующей родостимуляцией.
2. Предоставить беременной медикаментозный сон.
3. Назначить сульфат магния в/в капельно.
4. Не вмешиваться в естественный ход событий.

59. В состав инфузионной терапии, применяемой для лечения рвоты беременных, входят:

1. растворы, содержащие электролиты и микроэлементы;
2. белковые препараты;
3. растворы, улучшающие микроциркуляцию,
4. дезинтоксикационные препараты;
5. все перечисленные выше инфузионные среды.

60. О тяжести токсикоза первой половины беременности свидетельствуют все перечисленные ниже симптомы, кроме:

1. уменьшения массы тела,
2. наличия ацетона в моче;
3. гипотонии;
4. головной боли;
5. субфебрильной температуры

61. Патогенетическими механизмами возникновения преэклампсии являются:

1. гиповолемия, нарушения микроциркуляции;
2. нарушения маточно-плацентарного кровообращения;
3. хроническое диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови;
4. изменения белкового и водно-электролитного баланса;
5. все перечисленное выше

62. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты осложняется:

1. формированием матки Кювелера.
2. Интранатальной гибелью плода.
3. Развитием ДВС-синдрома.
4. Геморрагическим шоком.
5. Всем выше перечисленным.

63. Каковы характерные изменения глазного дна при недлительно протекающем позднем гестозе (чаще встречаемая картина)?

1. Расширение вен.
2. Расширение артерий и спазмы вен.
3. Отслойка сетчатки.
4. Мелкие кровоизлияния.
5. Спазм артерий и расширение вен.

64. У беременной с преэклампсией в срок 32 недели беременности появились признаки прогрессирующей преждевременной отслойки плаценты. Акушерская тактика.

1. Интенсивная терапия и сохранение беременности.
2. Родовозбуждение и родостимуляция.
3. Кесарево сечение.
4. Применение токолитиков.
5. Правильно 1 и 4.

65. При предлежании плаценты кровотечение впервые возникает, как правило, при сроке беременности:

1. 8-12 недель;
2. 16-20 недель;
3. 28-32 недель;
4. 36-40 недель.

66. При развитии матки Кувелера возможно:

1. образование ретроплацентарной гематомы;
2. инфильтрация мышечного слоя кровью;

3. нарушение сократительной функции матки;
4. формирование ДВС-синдрома;
5. все перечисленное выше.

67. При подозрении на предлежание плаценты влагалищное исследование можно проводить:

1. в женской консультации;
2. в приемном покое родильного дома;
3. в родильном отделении и только при развернутой операционной;
4. в любых условиях;
5. не производят из-за опасности возникновения профузного кровотечения.

68. При каком минимальном открытии маточного зева можно диагностировать полное и неполное предлежание плаценты:

1. 2-3 см;
2. 4-5 см;
3. 6-7 см;
4. Полном открытии маточного зева.

69. У беременной, лежащей на спине, внезапно появилась бледность кожных покровов, липкий пот, снизилось артериальное давление, затруднилось дыхание. Какова причина этого состояния?

1. отслойка плаценты;
2. Разрыв матки;
3. Синдром сдавления нижней половой вены;
4. эмболия околоплодными водами.

70. Какие первоочередные мероприятия проводятся в родах при неполном предлежании плаценты с целью предотвращения ее дальнейшей отслойки?

1. родостимуляция;
2. амниотомия;
3. Спазмолитическая терапия;
4. седативная терапия;
5. Гемостатическая терапия

71. Наиболее частой причиной кровотечения в третьем периоде родов является:

1. нарушение в системе гемостаза;
2. частичное плотное прикрепление плаценты;
3. приращение плаценты;
4. разрыв шейки матки;
5. дефект последа.

72. Показанием к ручному обследованию послеродовой матки являются все перечисленные ниже клинические ситуации, кроме:

1. разрыва шейки матки I и II степени;
2. продолжающейся кровопотери, превышающей физиологическую;
3. наличия рубца на матке;
1. 4.сомнения в целости плаценты;
4. подозрения на разрыв матки.

73. Принципы борьбы с геморрагическим шоком в акушерстве:

1. местный гемостаз;
2. предотвращение нарушений системы гемостаза;
3. восстановление ОЦК и микроциркуляции;
4. профилактика дыхательной недостаточности;
5. все перечисленное выше.

74. Коагулопатическое кровотечение в раннем послеродовом периоде может быть обусловлено:

1. массивной кровопотерей и геморрагическим шоком;
2. наличием исходной патологии системы гемостаза;
3. преждевременной отслойкой плаценты в родах;
4. Длительной задержкой мертвого плода в полости матки;
5. всеми перечисленными выше факторами.

75. Наиболее частой приичной возникновения предлежания плаценты явялются:

1. Аномалии развития матки.
2. Воспалительные процессы гениталий.
3. Миома матки.
4. Эндометриоз.
5. Аборты.

76. Показатель материнской смертности рассчитывается следующим образом:

1. (число женщин, умерших в родах) / (число родов)×100 000
2. (число женщин, умерших от осложнений беременности со срока 28 недель) / (число родившихся живыми и мертвыми)×100 000
3. (число умерших беременных независимо от срока беременности, рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности) / (число родившихся живыми)×100 000
4. (число женщин, умерших во время беременности в сроке 28 недель и больше, в родах и в течение 2 недель послеродового периода) / (число родившихся живыми и мертвыми)×100 000
5. (число умерших беременных, независимо от срока беременности, рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности) / (число родившихся живыми и мертвыми)×100 000

77. У повторно беременной первородящей с неполным предлежанием плаценты при открытии шейки матки на 4 см диагностировано тазовое предлежание плода. Предполагаемая масса плода – 3900 г. Тактика ведения.

1. Ранняя амниотомия и родовозбуждение.
2. Ранняя амниотомия и внутривенное капельное введение спазмолитиков.
3. Кесарево сечение.
4. Применение токолитиков.
5. Экстракция плода за тазовый конец.

78. Роженица находится в третьем периоде родов, роды произошли 10 минут назад, родился мальчик массой 3700 г. Признак Чукалова-Кюстнера положительный. Из влагалища темные кровянистые выделения в небольшом количестве. Что делать?

1. ввести метилэргометрин;
2. ждать самостоятельного рождения последа;
3. произвести ручное выделение последа;
4. выделить послед наружными приемами;
5. положить лед на низ живота.

79. Возникновению самопроизвольных разрывов шейки матки способствует:

1. ригидность шейки матки.
2. Изменения, связанные с предшествующими воспалительными процессами и травмами шейки матки.
3. Крупный плод.
4. Экстракция плода за тазовый конец.
5. Все перечисленное.

80. Первородящая женщина 30 лет поступила в отделение патологии беременности с жалобами на головную боль, боли в подложечной области, нарушение сна. АД – 150/90 мм рт. ст., в моче - белок, голени пастозны. Срок беременности - 37 недель, предлежание головное, сердцебиение плода ясное, до 140 уд/мин. Ваш диагноз:

1. водянка беременной;
2. преэклампсия;
3. эклампсия;
4. ничего из вышеперечисленного.

81. Роженица 26 лет. Роды вторые. Первая беременность закончилась срочными родами. Схватки слабые, короткие. Поступила с умеренными кровянистыми выделениями из половых путей, предлежащая головка над входом в малый таз. При влагалищном исследовании: за внутренним зевом определяется край плаценты. Плодный пузырь цел. Что делать?

1. продолжить консервативное ведение родов;
2. вскрыть плодный пузырь;

3. приступить к операции кесарева сечения;
4. вскрыть плодный пузырь и усилить родовую деятельность внутривенным введением окситоцина.

82. При послеродовой кровопотере 1000 мл установлено: АД 90/70 мм рт. ст. пульс 120 в 1 мин, бледность, холодный пот, олигурия. Диагноз:

1. геморрагический шок I степени
2. геморрагический шок II степени
3. геморрагический шок III степени

83. Перечисленные факторы являются предрасполагающими к гипотоническому кровотечению, кроме:

1. Крупный плод
2. Многочисленные беременности в анамнезе
3. Многоплодие
4. Слабость родовой деятельности
5. Тазовое предлежание.

84. Какие симптомы, из описанных ниже, не указывают на потенциальную опасность для беременной женщины?

1. Влагалищное кровотечение
2. Сильная головная боль
3. Внезапное нарушение зрения
4. Отек стоп к концу дня
5. Подтекание околоплодных вод.

85. К пособию по методу Цавьянова при чистом ягодичном предлежании плода приступают, когда:

1. Прорезывается передняя ягодица
2. Прорезывается задняя ягодица
3. Плод рождается до пупочного кольца
4. Плод рождается до угла лопаток
5. Прорезываются обе ягодицы

86. Осложнением родов в тазовом предлежании плода является:

1. Несвоевременное излитие околоплодных вод
2. Слабость родовой деятельности
3. Разгибание головки
4. Запрокидывание ручек
5. Все ответы правильны

87. Для кровотечения при предлежании плаценты характерно:

1. Внезапность возникновения
2. Повторяемость
3. Безболезненность
4. Различная интенсивность
5. Все вышеперечисленное

88. Характерными признаками тотального плотного прикрепления плаценты является:

1. Боль в животе
2. Кровотечение
3. Высота стояния дна матки выше уровня пупка после рождения плода
4. Отсутствие признаков отделения плаценты.

89. Применяемые виды операции наложения щипцов в настоящее время:

1. Полостные и выходные.
2. Полостные и высокие.
3. Высокие, полостные, выходные.

90. Контрацептивный эффект при применении эстроген-гестагенных препаратов достигается:

1. за счет подавления овуляции
2. за счет изменений атрофического характера и эндометрии
3. снижается сократительная активность маточных труб
4. снижается активность и пенетрационная способность сперматозоидов

91. Назначение гестагенов для терапии эндометриоза приводит

1. к остановке роста гетеротопий
2. появлению секреторных изменений и децидуальной реакции
3. развитию некробиоза
4. развитию пролиферативных изменений

92. К посттравматическим процессам шейки матки относят:

1. эктропион
2. цервициты
3. рубцовые изменения
4. эндоцервикоз

93. Перечислите показания к пункции брюшной полости через задний свод влагалища:

1. прогрессирующая трубная беременность
2. подозрение на перекрут ножки опухоли
3. апоплексия яичника, болевая форма
4. подозрение на внутрибрюшное кровотечение

94. Тактика ведения при прогрессирующей трубной беременности:

1. динамическое наблюдение на фоне инфузионной терапии
2. пункция брюшной полости через задний свод влагалища, после чего решить вопрос о дальнейшей тактике ведения
3. оперативное лечение в плановом порядке
4. оперативное лечение в экстренном порядке

95. Какой метод диагностики может служить скринингом для раннего выявления предрака и рака эндометрия?

1. цитологический
2. ультразвуковой
3. эндоскопический
4. кольпоскопический

96. Для хориокарциномы характерно все перечисленное ниже, кроме:

1. обязательной связи с маточной или внематочной беременностью;
2. раннего и быстрого метастазирования;
3. рецидивирующих ациклических кровянистых, выделений из половых путей;
4. метастазов в большой сальник;
5. образования тека-лютеиновых кист яичников.

97. Для выявления патологии шейки матки скрининг методом является:

1. визуальный осмотр
2. кольпоскопия
3. радионуклидный метод
4. цитологическое исследование мазков с шейки матки

98. Экстренные операции по поводу доброкачественных опухолей яичников проводят при:

1) при перекрутке ножки кисты
2) больших размерах опухоли
3) разрыве капсулы
4) при жидкостном содержимом

99. Для острого эндометрита не характерно:

1. Наличие болей внизу живота.
2. Повышение температуры тела.
3. Увеличение матки.
4. Наличие однократной рвоты и наличие положительного симптома Щеткина-Блюмберга.
5. Появление серозно-гнойных выделений.

100.Для какого заболевания характерна гистерограмма: изменены контуры маточных труб, состоящие как бы из отдельных сегментов, отмечается чередование суженных участков с расширенными, трубы приобретают четкообразный вид?

1. Эндометриоз труб.
2. Гидросальпинкс.
3. Инфантилизм.
4. Туберкулез маточных труб.

7.1. Практические навыки

Приложение 2

1. Плоскости малого таза, границы и размеры каждой плоскости. Проведите пельвиометрию.
2. Приемы Леопольда. Цель каждого приема.
3. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания.
4. Биомеханизм родов при заднем виде затылочного предлежания.
5. Биомеханизм родов при переднеголовном предлежании.
6. Биомеханизм родов при лобном предлежании.
7. Биомеханизм родов при лицевом предлежании.
8. Биомеханизм родов при тазовом предлежании.
9. Пособие по Цовьянову.
10. Классическое ручное пособие при тазовом предлежании.
11. Экстракция плода за тазовый конец. Показания. Техника операции.
12. Вакуум-экстракцию плода.
13. Операция наложения выходных акушерских щипцов.
14. Операция наложения полостных акушерских щипцов.
15. Головка в широкой части полости малого таза, I позиция, задний вид затылочного предлежания. Воспроизведите с помощью фантома таза и плода данную акушерскую ситуацию.
16. Головка большим сегментом во входе в малый таз, II позиция, передний вид. Воспроизведите с помощью фантома таза и плода данную акушерскую ситуацию.
17. Головка малым сегментом во входе в малый таз, I позиция, передний вид. Воспроизведите с помощью фантома таза и плода данную акушерскую ситуацию.
18. Головка в узкой части полости малого таза, II позиция, задний вид затылочного предлежания. Воспроизведите с помощью фантома таза и плода данную акушерскую ситуацию.
19. Головка в плоскости выхода малого таза. Передний вид затылочного предлежания. Воспроизведите данную акушерскую ситуацию.
20. Установите головку на фантоме и охарактеризуйте следующую акушерскую ситуацию: головка прижата ко входу в малый таз, малый родничок слева, большой справа несколько ниже малого, стреловидный шов в поперечном размере.
21. Установите головку на фантомеи охарактеризуйте следующую акушерскую ситуацию: головка прижата ко входу в малый таз, малый родничок слева, большой справа, стреловидный шов в поперечном размере, отклонен к лону.
22. Определения размеров таза, окружности живота и высоты стояния дна матки.
23. Установите головкуна фантомеи охарактеризуйте следующую акушерскую ситуацию: головка прижата ко входу в малый таз, малый родничок у крестца, большой под лоном, стреловидный шов в прямом размере.
24. Определение срока беременности и даты родов.
25. Определение степени «зрелости» шейки матки.
26. Хирургическая коррекция истмико-цервикальной недостаточности.
27. Введение акушерского пессария. Показания, противопоказания, техника процедуры.
28. Амниотомия. Показания, противопоказания, техника процедуры.
29. Ручное отделение и выделение последа.
30. Ручное обследование полости матки и наружно-внутренний массаж матки.
31. Осмотр плаценты и плодных оболочек.
32. Осмотра шейки матки в зеркалах и родовых путей.

33. Зашивание разрывов шейки матки, влагалища, промежности.
34. Операция кесарева сечения.
35. Вакуум-аспирация содержимого полости матки.
36. Проведение и интерпретация антенатальной и интранатальной КТГ.
37. Оценки новорожденного по шкале Апгар.
38. Диагностика инволюции матки.
39. Интерпретация результатов ультразвукового исследования плода при различных сроках беременности.

Гинекология:

40. Проба Шиллера. Биопсия шейки матки. Показания. Техника операции.
41. Марсупиализация бартолиновой железы. Показания. Техника операции.
42. Пункция брюшной полости через задний свод влагалища. Показания. Техника операции.
43. Искусственное прерывание беременности в I триместре. Показания. Условия для проведения операции. Этапы операции.
44. Медикаментозное прерывания беременности в 1 триместре. Показания, противопоказания, этапы консультирования, схемы препаратов, побочные эффекты, осложнения.
45. Резекция яичника. Показания. Этапы операции.
46. Раздельное диагностическое выскабливание. Показания. Противопоказания. Этапы операции.
47. Удаление придатков матки (Аднексэктомия). Показания. Этапы операции.
48. Удаление маточной трубы (Тубэктомия). Показания. Этапы операции.
49. Тесты функциональной диагностики.
50. Лапароскопия. Показания. Противопоказания. Этапы операции операции.
51. Надвлагалищная ампутация матки с придатками. Показания. Противопоказания. Этапы операции.
52. Экстирпация матки с придатками. Показания. Противопоказания. Этапы операции.
53. Влагалищно-брюшностеночное и ректо-вагинальное исследования гинекологической больной.
54. Осмотр шейки матки в зеркалах и взятие мазков для бактериологического и цитологического исследования из цервикального канала, влагалища и уретры.
55. Кольпоскопия, расширенная кольпоскопия. Показания, этапы проведения, терминология, заключение.
56. Прицельная биопсия шейки матки, слизистой влагалища и вульвы.
57. Удаление полипа слизистой шейки матки.
58. Гистероскопия. Показания, техника проведения, осложнения. Абляция эндометрия.
59. Лечебно-диагностическое выскабливание слизистой полости матки.
60. Раздельное диагностическое выскабливание стенок полости матки и цервикального канала.
61. Аспирационная и пайпель-биопсией эндометрия. Показания, противопоказания, техника операции.
62. Введение и удаление имплантов, внутриматочных контрацептивов, вагинальных колец и пессариев;
63. Инструментальное удаление плодного яйца (электрическая и мануальная вакуум аспирация).
64. Пункции брюшной полости через задний свод влагалища. Показания, техника выполнения.
65. Лапаротомия при ургентных (неотложных) состояниях в гинекологии.
66. Удаление маточной трубы (сальпингэктомии), придатков матки

(аднексэктомии), резекции и ушивания яичника. Показания, этапы операции.

67. Удаления кисты бартолиниевой железы, дренирование абсцесса бартолиниевой железы.
68. Гистеросальпингография. Показания, техника проведения.
69. Врачебное освидетельствование после изнасилования.
70. Ушивание разрывов наружных половых органов, вскрытие и ушивание гематом влагалища при травматическом повреждении.
71. Взятие штрих-биопсии (ЦУГ) эндометрия с помощью кюретки и методом вакуумной биопсии (метод Пайпеля)
72. Определение алгоритма обследования и лечения при аномальных маточных кровотечениях в разные возрастные периоды жизни женщины.
73. Определение алгоритма обследования для выявления гормональной недостаточности функции яичников, приводящей к нарушению фертильности.
74. Методы диагностики предраковых и злокачественных заболеваний тела и шейки матки: показания, техника выполнения гистероскопии и лапароскопии, прицельной биопсии шейки матки, удаления полипа цервикального канала, конизации шейки матки.
75. Обработка послеоперационной раны, снятия швов.

Приложение 3

1. Организация и принципы работы женской консультации, акушера-гинеколога амбулаторно-поликлинической сети.
2. Основные приказы МЗ ПМР по родовспоможению.
3. Антенатальное наблюдение беременности.
4. Планирование семьи, современные методы контрацепции, критерии выбора метода контрацепции, недостатки, побочные эффекты.
5. Организация и принципы работы акушерского стационара.
6. Перинатальная смертность, структура, пути снижения.
7. Материнская смертность. Пути снижения.
8. Диагностика беременности (ранних сроков).
9. Диагностика беременности в поздние сроки. Дородовой отпуск.
10. Методы исследования беременности.
11. Основная акушерская терминология. Методика наружного и внутреннего акушерского исследования.
12. Методы оценки состояния плода.
13. Костный таз с акушерской точки зрения, C. Vera.
14. Роды: течение и ведение I периода родов.
15. Роды: ведение II периода родов.
16. Роды: ведение III периода родов.
17. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания.
18. Преэклампсия: классификация, патогенез. Лечение, врачебная тактика.
19. Эклампсия: диагностика, клиника, лечение, возможные осложнения.
20. Ведение беременности и родов при тяжелых формах преэклампсии.
21. Беременность и сердечно-сосудистые заболевания. Ведение беременности и родов.
22. Пиелонефрит беременных: клиника, диагностика, лечение.
23. Сахарный диабет. Ведение беременности и родов.
24. Анемия беременных: диагностика, клиника, ведение беременности.
25. Тазовые предлежания: классификация, диагностика, ведение родов.
26. Пособия при тазовом предлежании.
27. Биомеханизм родов при тазовом предлежании.
28. Невынашивание беременности: диагностика, лечение.
29. Преждевременные роды, причины, ведение родов, признаки недоношенного ребенка.
30. Поперечное положение плода: диагностика, ведение беременности и родов.
31. Переношенная беременность: диагностика, ведение родов. Признаки переношенного ребенка.
32. Методы подготовки шейки матки, индуцированные роды, показания.
33. Многоплодие: диагностика, ведение родов.
34. Много- и маловодие: причины, диагностика, лечение, ведение родов.
35. Роды при крупном плоде, диагностика, причины.
36. Аномалии родовой деятельности, причины, классификация, диагностика, врачебная тактика.
37. Слабость родовой деятельности, диагностика, лечение.
38. Дискоординированная родовая деятельность, диагностика, лечение.
39. Узкий таз, анатомическая классификация, этиология, осложнения, особенности вставления головки, ведение родов.
40. Клинический узкий таз: причины, диагностика, клиника. Акушерская тактика.
41. Разгибательные вставления головки, этиологические особенности, биомеханизм родов по выбору.
42. Оперативные влагалищные роды. Условия, показания.
43. Акушерские щипцы, показания, правила наложения, техника.
44. Дистресс плода, диагностика, лечение.
45. Кровотечения во II втором периоде беременности.
46. Предлежание плаценты, этиопатогенез, диагностика, клиника. Врачебная тактика.
47. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, этиопатогенез, диагностика, клиника. Врачебная тактика.
48. Кровотечения в III периоде родов. Причины, врачебная тактика.
49. Гипотонические кровотечения, современные методы борьбы с кровотечениями, алгоритм, тактика.
50. Геморрагический шок, врачебная тактика.
51. ДВС-синдром в акушерстве, диагностика, лечение.
52. Акушерский травматизм. Классификация. Этиология.
53. Разрыв матки, клиника, диагностика, врачебная тактика.
54. Акушерский перитонит, диагностика, лечение.

55. Разрывы промежности, диагностика, лечение.
56. Разрывы шейки матки.
57. Кесарево сечение, виды, показания, техника.
58. Ведение беременности и родов у женщин с рубцом на матке.
59. Послеродовые инфекции. Классификация, этиология.
60. Послеродовый эндометрит, диагностика, лечение.
61. Септический шок.
62. Эндометриоз; этиология, клиника, лечение.
63. Воспалительные заболевания - аднексит, диагностика, лечение.
64. Аномальные маточные кровотечения (АМК), этиология, патогенез. Обследование.
65. АМК, лечение в различные периоды жизни женщин.
66. Аборты: классификация, диагностика, клиника, врачебная тактика.
67. Прерывание беременности по медицинским показаниям.
68. Медикаментозный аборт.
69. Контрацепция: виды, преимущества.
70. Внематочная беременность, диагностика, клиника, лечение.
71. Миома матки, классификация, Показания к оперативному лечению
72. Фоновые и предраковые заболевания шейки матки.
73. Фоновые и предраковые заболевания эндометрия.
74. Рак шейки матки.
75. Рак тела матки.

ПАТОЛОГИЯ

1. Основные понятия нозологии. Болезнь как нарушение гомеостаза.
2. Номенклатура и классификация болезней.
3. Общая этиология. Общий патогенез. Причинно-следственные взаимоотношения в патогенезе.
4. Венозная гиперемия. Причины, механизмы, последствия.
5. ДВС - синдром. Стадии. Патогенез.
6. Экссудация. Механизмы развития. Значение.
7. Фагоцитоз при воспалении. Причины эмиграции лейкоцитов в очаг воспаления. Механизмы фагоцитарной деятельности лейкоцитов.
8. Понятие об иммунном гомеостазе, механизмы гуморального и клеточного иммунитета.
9. Опухоли. Определение сущности опухолевого роста. Этиология опухолей. Современные теории опухолевого роста. Современная классификация опухолей. Принципы ее построения. Вторичные изменения в опухолях.
10. Доброкачественные, злокачественные и опухоли с местным деструирующим ростом. Критерии злокачественности. Понятие о рецидиве.

ПЕДАГОГИКА

1. Определите место педагогики в системе современного человекознания.
2. Назовите способы структурирования содержания образования и проиллюстрируйте их на примере.
3. Дайте характеристику законодательным актам в сфере образования.
4. Какие документы составляют нормативную основу образования?
5. Что означает понятие «обучение»? Как ваше собственное понимание этого понятия соотносится с его научной трактовкой?
6. В чем обнаруживается сходство и различие процессов обучения и лечения как древнейших видов гуманитарной практики?
7. Какие типы и виды обучения оптимальны на доклиническом и клиническом этапах медицинского образования?
8. В чем суть поэтапного формирования знаний и умений? Пояснить на примерах.
9. Какие требования к выбору форм организации познавательной деятельности обучаемых на учебном занятии существуют в дидактике?
10. Что лежит в основе классификации форм организации познавательной деятельности? Как связаны между собой формы организации познавательной деятельности и цели обучения?
11. От чего зависит выбор форм организации познавательной деятельности к конкретному занятию?
12. Какие формы обучения наиболее рационально использовать на разных этапах обучения в медицинском вузе и при обучении разных категорий обучаемых (медицинский персонал, пациенты, их родственники)?

Инфекционные болезни, в том числе туберкулез

1. Этиология, патогенез и эпидемиология туберкулеза. Современная патоморфология туберкулеза.
2. Клиническая классификация туберкулеза по МКБ-10. Формулировка диагноза. Алгоритм диагностики туберкулеза органов дыхания в неспециализированных медицинских организациях.
3. Туберкулез женских половых органов как причина первичного бесплодия. Диагностика. Тактика ведения больных.
4. Туберкулез и материнство. Ведение беременности и родов у больных туберкулезом. Особенности течения. Показания к прерыванию беременности.
5. Специфическая профилактика туберкулеза. Социальная и санитарная профилактика туберкулеза.

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. Медицинское право, как отрасль права.

2. Источники медицинского права.
3. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья.
4. Права и обязанности медицинских работников.
5. Понятие и виды медико-социальной помощи.
6. Особенности медицинской услуги
7. Особенности регулирования труда медицинских работников
8. Правонарушение и юридическая ответственность
9. Гражданско-правовая ответственность субъектов предоставления и оказания медико-социальной помощи.
10. Дисциплинарная ответственность медицинских работников.
11. Административная ответственность должностных лиц.
12. Уголовная ответственность медицинских работников.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

1. Дайте определение науки «Общественное здоровье и здравоохранение». Задачи общественного здоровья и здравоохранения. Объект изучения общественного здоровья и здравоохранения.
2. Какие методы используют при изучении общественного здоровья и здравоохранения?
3. Назовите главные критерии оценки эффективности системы здравоохранения.
4. Назовите базовые функции системы здравоохранения.
5. Дайте определения фактора риска. Перечислите факторы риска и кратко охарактеризуйте.
6. Дайте определение медицинской демографии и перечислите ее основные разделы.

7. Перечислите известные Вам исторически сложившиеся на этапах развития названия предмета Общественное здоровье и здравоохранение. С чем связано существование большого числа названий предмета?

8. Воспроизводство населения (естественное движение населения).
Общие и специальные показатели, методика расчета, анализ и оценка
9.Миграция населения: внешняя, внутренняя (урбанизация,
сезонная). Факторы, ее определяющие. Влияние миграции на здоровье населения
10. Естественный прирост населения, факторы на него влияющие.
Противоестественная убыль населения.
11. Дайте определения “заболеваемость”, распространенность болезней”,
патологическая пораженность”
12.От чего зависит полнота учета заболеваемости?

Министерство здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики
Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Медицинский факультет
Центр медицинского послевузовского образования

УТВЕРЖДАЮ
Министр здравоохранения ПМР
_____К.В.Албул
«_4_» ____01____ 2024 г.

СОГЛАСОВАНО
Ученым советом факультета
протокол № 5
от «29» 12 2023 г.
Председатель
Ученого совета факультета
_____Г.Н.Самко

ПРОГРАММА
ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ

образовательной программы послевузовского профессионального образования- программы ординатуры

Специальность **31.08.02 АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ-РЕАНИМАТОЛОГИЯ**

Квалификация выпускника: врач – анестезиолог-реаниматолог
Трудоемкость: 108 часов-3з.е.
Сроки проведения: 24.06.2024 - 6.07.2024г.г.

Тирасполь, 2023

Программа итоговой государственной аттестации образовательной программы послевузовского профессионального образования - программы ординатуры по специальности 31.08.02 Анестезиология-реаниматология разработана в соответствии с Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.02 Анестезиология-реаниматология (утвержденным Приказом Министерства Просвещения Приднестровской Молдавской Республики № 661 от 28.07.2021г. «Об утверждении и введении в действие Государственного образовательного стандарта послевузовского профессионального образования - ординатуры)

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании кафедры Хирургии с циклом онкологии протокол №4 от «20» ноября 2023 г.
Заведующий кафедрой Хирургии с циклом онкологии _____ Фомов Г.В.

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УМК факультета

«12» 12 2023 г. (протокол № 4)

Председатель УМК _____ А.В. Васильчук

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УС факультета

«29» 12 2023г. (протокол № 5)

Председатель УС _____ Г.Н. Самко

Программу составили:

Ассистент _____ Бондарь В. Г.

Содержание

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.
2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры
3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации.
4. Форма и структура итоговой государственной аттестации.
4.1 Форма итоговой государственной аттестации.
4.2 Трудоёмкость итоговой государственной аттестации.
4.3 Структура итоговой государственной аттестации.
5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.
6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации.
6.1 Критерии оценки результатов тестирования
6.2 Критерии оценки практических навыков и умений.
6.3 Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.
7. Содержание государственного экзамена.
7.1 Тестирование
7.2 Практические навыки.
7.3. Устное собеседование
8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

Приложения

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.

Цель - определение соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры требованиям Государственному образовательному стандарту послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.02 «Анестезиология-реаниматология».

Задачи:

— установление уровня подготовки выпускника к выполнению профессиональных задач (оценка степени сформированности всех компетенций, предусмотренных Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.02 «Анестезиология-реаниматология», характеризующих готовность выпускников к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации - врач - акушер-гинеколог).

— принятие решения о выдаче обучающемуся, успешно прошедшему итоговую государственную аттестацию по программе ординатуры, диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации.

2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры

Итоговая государственная аттестация относится к базовой части программы - Блок 3. итоговая государственная аттестация и завершает процесс освоения имеющих государственную аккредитацию образовательных программ ординатуры.

Итоговая государственная аттестация образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.02 «Анестезиология-реаниматология» завершается присвоением квалификации " врач – анестезиолог-реаниматолог".

3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путём обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- физические лица женского пола (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку готовности выпускников, освоивших программу ординатуры, к следующим видам профессиональной деятельности:

— профилактическая;
— диагностическая;
— лечебная;
— реабилитационная;
— психолого-педагогическая;
— организационно-управленческая.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

а) готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу - УК1;

б) готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные,

этнические, конфессиональные и культурные различия - УК2;

в) готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование - УК3.

Профессиональные компетенции (ПК):

а) профилактическая деятельность:

1) готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания - ПК1;

2) готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными - ПК2;

3) готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях - ПК3;

4) готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медикостатистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков - ПК4;

б) диагностическая деятельность - готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - ПК5;

в) лечебная деятельность:

1) готовность к применению комплекса анестезиологических и (или) реанимационных мероприятий - ПК6;

2) готовностью к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации - ПК7;

г) реабилитационная деятельность - готовностью к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении - ПК8;

д) психолого-педагогическая деятельность - готовностью к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих - ПК9;

е) организационно-управленческая деятельность:

1) готовностью к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях - ПК10;

1) готовностью к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей - ПК11.

4.Форма и структура итоговой государственной аттестации

4.1.Форма итоговой государственной аттестации

Итоговая государственная аттестация обучающихся по образовательной программе ординатуры 31.08.02 «Анестезиология-реаниматология» проводится в форме государственного экзамена.

4.2.Трудоёмкость итоговой государственной аттестации

Объем итоговой государственной аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) - сдачу государственного экзамена.

4.3.Структура итоговой государственной аттестации

В Блок 3 " Итоговая Государственная аттестация" входят подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена. Перед государственным экзаменом по специальности для ординаторов проводятся предэкзаменационные консультации по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в три этапа:

1 этап - тестирование, проводится для получения сертификата специалиста, имеет целью определить готовность специалиста к самостоятельной профессиональной (медицинской) деятельности (согласно Приказу Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 31.05.2022г №477 «Об утверждении Порядка приема граждан на обучение по образовательным программам послевузовского профессионального образования – программам ординатуры, а также Порядка реализации образовательных программ послевузовского профессионального образования – программ ординатуры» (регистрационный № 11145 от 15 июля 2022 года) (САЗ 22-27)). Во время тестирования обучающийся выбирает правильный(е) ответ(ы) из предложенных нескольких вариантов ответов. Каждый обучающийся отвечает на 100 тестовых вопросов, на решение которых отводится 120 минут(2 астрономических часа).

2 этап - оценка практических навыков и умений - состоит из демонстрации практических навыков и умений, приобретенных в результате освоения программы ординатуры.

3 этап – устный экзамен по дисциплине Анестезиология-реаниматология с целью определения сформированности профессиональных компетенций выпускника, профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения. Каждый билет состоит из пяти теоретических вопросов, в процессе проведения государственного экзамена обучающемуся могут быть заданы уточняющие или дополнительные вопросы в рамках билета. На подготовку к ИГА ординатору выделяется 2 недели. После выбора билета ординатор готовится к ответу 30 минут, отвечает согласно регламенту 20 минут. По решению комиссии обучающийся может быть освобожден от необходимости полного ответа на вопрос билета, уточняющий или дополнительный вопрос.

Этапы государственного экзамена	Компетенции, которые оцениваются в ходе этапа
1 этап - в форме тестирование	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7 ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11.
2 этап - оценка практических навыков и умений	
3 этап – устный экзамен по дисциплине	

5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.

Проведение ИГА определяется календарным учебным графиком, выполнением индивидуального плана ординатора и расписанием ИГА.

Перед итоговой государственной аттестацией обучающиеся должны ознакомиться с программой ИГА. Подготовка к государственному экзамену может проводиться в формах,

как устного повторения пройденных дисциплин (с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д.), так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.

6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации. Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

6.1. **Критерии оценки результатов тестирования**

Подведение **итогов 1 этапа в форме тестирования. Результат решения тестов оценивается по ятибалльной системе:**

- 49% и менее правильных ответов - «неудовлетворительно»;
- 50% - 70% - «удовлетворительно»;
- 71% - 84% - «хорошо»;
- 85% - 100% - «отлично».

6.2. Критерии оценки практических навыков и умений

Результаты 2 этапа определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол ИГА. Обучающиеся, получившие оценку «неудовлетворительно» к 3 этапу государственного экзамена не допускается, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений;

- «хорошо» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет;

- «удовлетворительно» - обучающийся обладает удовлетворительными теоретическими знаниями - знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний - не знает методики выполнения, практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и т.д.; и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

6.3. Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.

Результаты 3 этапа государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «хорошо» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой

классификации, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «удовлетворительно» - обучающийся показывает частичное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз с учетом принятой классификации. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций, демонстрируя поверхностное знание предмета;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не показывает освоение планируемых результатов обучения по пройденным темам, не может сформулировать диагноз или неправильно его ставит. Не может правильно ответить на большинство дополнительных вопросов, характеризующих уровень освоения необходимых компетенций.

7. Содержание государственного экзамена

7.1.Тестировние: Приложение 1
7.2.Практические навыки: Прилодение 2
7.3.Устное собеседование Приложение 3

8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

а). *Основная литература:*

1. Сумин С.Л. Анестезиология, реаниматология, интенсивная терапия: учебник для учреждений высшего профессионального образования / С.А. Сумин, И.И. Долина. -М .: МИА, 2015. - 493 с.
2. Сумин, С. А. Анестезиология и реаниматология. Т. 1 : учеб. пособие в 2-х т. для системы последипломного профессионального образования врачей / С.А. Сумин, М.В. Руденко, И.М. Бородинов. - М.: МИА, 2010. - 928 с.
3. Сумин, С. А. Анестезиология и реаниматология Т. 2 : учеб. пособие в 2-х т. для системы последипломного профессионального образования врачей / С.А. Сумин, М.В. Руденко, И.М. Бородинов. - М.: МИА, 2010. - 872 с.
4. Анестезиология и интенсивная терапия: Практическое руководство [Электрон, издание] / Под ред. чл.-корр. РАМН проф. Б.Р. Гельфанда. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Jlummeppa, 2012. - 640 с.
5. Корячкин В.А. Диагностика в анестезиологии и интенсивной терапии: рук-во для врачей / В.А. Корячкин, В.Л. Эмануэль, В.И. Страшное. - СПб.: СпегД1ит, 2011.- 413 с.
6. Экстремальная токсикология : учебник : [рек. "Рос. мед. акад. последиплом. образования"] : / Г.А. Софронов, М.В. Александров, А.И. Головко [и др.] ; под ред. С. А. Софронова, М.В. Александрова. - Спб.: ЭЛБИСПб, 2012. — 254 с.
7. Стоун Д. Наглядная анестезиология : учеб. пособие для студентов мед. вузов, интернов, ординаторов = Anaesthesia at a Glance / Д. Стоун, У. Фоусетт ; пер. с англ А.В. Алексеева; под ред. В.А. Светлова. - М.: ГЭОТАРМедиа, 2016. - 114 с. 1 экз.

б). *Дополнительная литература:*

1. Анестезиология и интенсивная терапия в педиатрии : учебник / под ред. В.А. Михелъсона, В.А. Гребенникова. - изд. 3-е, перераб. и доп. - М.: МЕДпресс-информ, 2009. - 512с.
2. Геиннут К.Л. Клиническая анестезия / К.Л. Гвиннут ; пер. с англ. А.Е. Любовой; под ред. С.В. Свиридова. - М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011. - 301 с.

3. Анестезиология / под ред. Р. Шефера, М. Эберхардта. - пер. с нем. О.А. Долиной. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 864с.
4. Интенсивная терапия : рук-во для врачей: учеб. пособие для системы послевузовского проф. образования врачей / под ред. В.Д. Малышева, С.В. Свиридова. - изд. 3-е, перераб. и доп. - М.: МИА, 2009. - 712с.
5. Неотложные состояния в анестезиологии / под ред. К. Олмана, Э. МакИндоу, А. Уилсона. - пер. с англ. А.А. Митрохина. - М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2009. - 367с.
6. Хеннеси А.А. Анализ газов артериальной крови понятным языком / А.М. Хеннеси, А.Дж. Джапп. - Пер. с англ. под ред. В.Л. Кассиля. - М.: Практическая медицина, 2009. - 140с.
7. Швухов Ю. Методы реанимации и интенсивной терапии / Ю. Швухов, КА. Грайм ; пер. с нем. М.И. Секачевой. - М.: МЕДпресс-информ, 2010. - 303 с.
8. Бараш П.Д. Клиническая анестезиология / П.Д. Бараш, Б.Ф. Куллен, Р.К. Стэлтинг. - изд. 3-е. пер. с англ. под ред. В.Я. Родионова. - М.: Медицинская литература, 2004. - 592с.
9. Гордеев В.И. Педиатрическая анестезиология-реаниматология : частные разделы / В.И. Гордеев, Ю.С. Александрович. - СПб.: Медицинское изд-во, 2004. - 408с.
10. Частная анестезиология и реаниматология / под ред. Е.М. Левитэ. - М.: Авторская Академия, 2008. - 652с.
11. Блэк Э. Детская анестезиология / Э. Блэк, А. Макьюан. - пер. с англ. НА. Тимониной. - М : Практика, 2007. - 223с.

Приложение 1

1. Для какой стадии наркоза по Гведелу характерна следующая симптоматика: ярко-красный цвет кожных покровов, повышенный тонус скелетных мышц, умеренное расширение зрачков при сохранении их реакции на свет, подвижные глазные яблоки, крепкое сжатие век, неполное выключение конъюнктивальных рефлексов?

1. Для 1 -й стадии
2. Для 2-й стадии
3. Для 3-й стадии
4. Для 4-й стадии

2. Какова предельно допустимая концентрация закиси азота в смеси с кислородом при проведении наркоза средней продолжительности?

1. 20%
2. 40%
3. 80%
4. 95%

3. В процессе обезболивания кратковременной операции у больного отмечалось двигательное возбуждение, затем наблюдалось увеличение артериального давления, имело место мышечная ригидность. После наркоза больной был обеспокоен, отмечались бред и галлюцинации. Глубина наркоза была достаточной. Действию какого препарата свойственна описанная клиническая симптоматика?

1. Гексенала
2. Виадрила
3. Пропанидида (эпонтола, сомбревина)
4. Кетамина

4. Применение какого сочетания препаратов рассматривается как нейролептанальгезия (НЛА)?

1. Дропиридола и фентанила
2. Промедола и атропина
3. Пипольфена и промедола
4. Листенона и тубокурарина

5. В процессе введения больных в наркоз (планировалось общее обезболивание с управляемым дыханием) на определенном этапе у него начались фибрилляторные подергивания вначале мимической мускулатуры лица, затем туловища, верхних и нижних конечностей. В ответ на действие какого препарата развились данные проявления мышечной активности?

1. Гексенала
2. Дитилина
3. Тубокурарина
4. Виадрила

6. Трудная интубация связана с:

А - короткой толстой шеей
Б - ограниченным открыванием рта
В - абсцессом мягких тканей полости рта
Г - ограниченными движениями шейного отдела позвоночника
Д - маллампати

1. верно всё, кроме А
2. верно всё, кроме Б
3. верно всё, креме В
4. верно всё, кроме Г
5. верно всё, кроме Д
6. верно всё

7. Судороги, возникающие после проводниковой анестезии:

А - могут возникнуть вследствие введения местного анестетика в кровеносный сосуд
Б - могут провоцировать передозировкой местного анестетика
В - лечатся оксигенотерапией и обеспечением проходимости дыхательных путей
Г - если судороги не прекращаются, их можно купировать введением тиопентала, диазепама
Д - могут сопровождаться аритмиями или остановкой сердца

1. Верно всё, кроме А
2. Верно всё, кроме Б
3. Верно всё, кроме В

4. Верно всё, кроме Г
5. Верно всё, кроме Д
6. Верно всё

8. Нижеуказанные факторы могут вызвать затруднения при интубации:
А - анкилоидный спондилит
Б - синдром Дауна
В - синдром Пьера-Робина
Г - невротическая булимия
Д - эктопическая беременность
1. Верно А, Б, В
2. Верно Б, В, Г
3. Верно Г, Д
4. Верно В, Г, Д

9. Премедикация с использованием препаратов, блокирующих слюновыделение:
А - противопоказано пациентам, подвергающимся оперативному вмешательству в ротовой полости
Б - не должна осуществляться, если используется кетамин
В - может увеличить вязкость бронхиального секрета
Г - не имеет никаких неприятных побочных эффектов
Д – противопоказана детям до 3-х лет
1. верно А, Д
2. верно Б
3. верно В
4. верно А, Г.

10. У беременной жалобы на трудности при дыхании и покалывание в руках сразу после спинальной анестезии гипербарическим раствором бупивакаина для кесарева сечения. Действие анестезиолога в этом случае:
А - опустить головной конец
Б - дать кислород и быть готовым к обеспечению проходимости дыхательных путей
В - увеличить скорость инфузии
Г - положить подушку под голову и плечи
Д - продолжать готовиться к хирургическому вмешательству, не обращая внимания на жалобы
1. верно всё, кроме А
2. верно всё, кроме А, Б
3. верно всё, кроме Б, В, Г
4. верно всё, кроме А, Г, Д
5. верно всё, кроме А, Д

11. Центральное венозное давление не является показателем:
1. венозного возврата
2. сократительной способности правого желудка
3. объема крови
4. сердечного выброса

12. 18CO_2 вызывает:
А - удлинение диастолы сердца вследствие релаксации миокарда
Б - повышения тонуса миокарда
В - расширение периферических сосудов
Г - увеличение А-В проводимости
1. верно А, Б
2. верно А, Г
3. верно Б, В
4. верно А, В.

13. При каком пути введения адреналина достигается наименьший клинический эффект:
1. подкожном
2. внутримышечном
3. внутривенном
4. эпидуральном
5. субарахноидальном

14. Какое разведение раствора получается при добавлении 0,5 мл адреналина к 100 мл ксикаина:
1. 1:200
2. 1:2000

3. 1:20000
4. 1:200000
5. 1:2000000

15.После субарахноидального введения анестетика было установлено, что произведена тотальная спинномозговая анестезия. Одним из важнейших терапевтических мероприятий при этом является:

1. внутрисердечное введение адреналина
2. придание столу положения, обратного положению Транделенбурга
3. внутривенное введение атропина
4. искусственная вентиляция легких и стабилизация гемодинамики

16. Какой из признаков не указывает на правильно проведенную симпатическую блокаду:

1. потоотделение
2. миоз
3. повышение температуры
4. отсутствие «гусиной кожи»

17.Какой уровень спинномозговой или эпидуральной анестезии следует произвести для достижения полной симпатической блокады?

1. C_4
2. T_6
3. T_3
4. T_8
5. T_{10}

18. Наиболее тяжелой реакцией на переливание несовместимой крови, от которой пациент умирает в течение 2-6 дней, является:

1. Поражение почечных канальцев
2. Множественные эмболии хлопьевидными агрегатами клеток
3. Нарушение фильтрационной функции почек
4. Отек легких
5. Гемолитическая анемия

19. Гангрена, развивающаяся при внутриартериальном введении тиопентала натрия, обусловлена:

1. Длительным спазмом артерий
2. Высоким pH
3. Низким pH
4. Химическим эндартериитом
5. Спазмом капилляров.

20. Какой из следующих газов наиболее медленно диффундирует из легких в кровь?

1. азот
2. закись азота
3. гелий
4. углекислый газ
5. воздух

21. Внутривенное введение тиопентала натрия абсолютно противопоказано при:

1. родах
2. феохромацитоме
3. анестезии у младенцев
4. порфирии
5. шоке.

22. Какой из следующих препаратов блокирует никотиноподобное действие ацетилхолина?

1. атропин
2. d- тубокурарин
3. физостигмин
4. скополамин
5. эрготоксин

23.Какая из следующих методик обеспечивает релаксацию матки?

1. Спинномозговая анестезия
2. Внутривенная анестезия тиопенталом натрия
3. Анестезия фторотаном

24.При анестезии у маленьких детей наиболее неблагоприятным признаком является:

1. ЧСС =144 в 1 мин
2. ЧСС = 54 в 1 мин
3. АД = 85/50 мм рт. ст.
4. Сужение зрачков
5. Учащение дыхания

25. У младенцев значительно легче, чем у взрослых возникает нарушение проходимости дыхательных путей вследствие:

А - относительно больного языка
Б - небольших размеров дыхательных путей
В - небольшого угла бифуркации трахеи
Г - небольшого количества колец трахеи

1. верно всё
2. верно А, Б
3. верно В, Г
4. неверно всё

26. При боковом положении пациента во время торакальных операций:

А - для обеспечения адекватной вентиляции требуется повышение давления на вдохе
Б - может происходить скопление секрета и крови в нижележащем легком
В - снижается вентиляция нижележащего легкого
Г - существует опасность возникновения невритов в нижележащей руке
Д - предпочтительнее проводить операцию в условиях спонтанного дыхания

1. верно всё
2. верно Б, В, Г, Д,
3. верно А, Д
4. верно А, Б, В, Г

27. Центральная анальгезия морфином, при операциях на сердце,у тяжелобольных:

А - противопоказана
Б - позволяет достигнуть достаточной анальгезии и анестезии
В - вызывает вазоконстрикцию
Г - резко снижает сердечный выброс
Д - затрудняет проведение ИВЛ, в послеоперационном периоде

1. верно всё
2. верно В, Д
3. верно Б
4. верно всё, кроме А
5. неверно всё

28. Для нейтрализации гепарина, после искусственного кровообращения, в кардио-хирургии наиболее эффективен:

1. витамин К
2. хлорид кальция
3. клексан
4. протамин сульфат
5. унитиол
6. этамзилат
7. хинидин

29. Перед анестезией и обширным хирургическим вмешательством прием следующих препаратов обычно прекращают:

А - производные сульфонилмочевины
Б - бензодиазепины
В - оральные контрацептивы
Г - кумарины
Д - антигипертензивные препараты

1. верно всё
2. верно всё, кроме Г
3. неверно всё
4. верно А, Б, Д
5. верно А, В, Г

30. Осложнением трансуретральной резекции предстательной железы - не являются:

А - ожог

Б - коагулопатия
В - перегрузка гиперосмолярным раствором
Г - гипоосмолярная перегрузка
Д - гипертермия
Е - послеоперационная боль в области плечевых суставов

1. верно всё
2. верно А, Б, Д
3. верно В, Е
4. неверно всё

31.При анестезии у пострадавших с ожоговой травмой:

1. интубации трахеи и ИВЛ надо производить без использования миорелаксантов
2. предпочтение отдают недеполяризующим миорелаксантом стероидной группы
3. наиболее безопасна и управляема фракционная методика внутривенного введения дитилина
4. противопоказано к применению пипекурония и атракурия

32. При ургентном абдоминальном родоразрешении у беременных с эклампсией:

1. предпочтение следует отдать спинальной анестезии
2. предпочтительна индукция дроперидолом и кетамином
3. от интубации трахеи надо воздержаться во избежание подъема АД
4. запрещено использование седуксена, магния сульфата, тиопентала из-за опасности угнетения плода
5. предпочтительнее сбалансированный масочный наркоз с сохраненным спонтанным дыханием во избежание аспирационных осложнений
6. может быть использован при индукции фентанил и тиопентал
7. противопоказаны деполяризующие миорелаксанты при индукции

33.Для профилактики и лечения синдрома аорто-кавальной компрессии у беременных рожениц в операционной – анестезиологи обычно применяют:

1. положение Тренделенбурга
2. положение Фовлера
3. коленно-локтевое положение
4. смещение беременной матки влево
5. смещение беременной матки вправо

34. Амбулаторная терапия и анестезия противопоказаны:

1. при вероятной необходимости ВИВЛ во время общей анестезии
2. пожилым пациентом
3. при ЛОР-операциях у детей до 9 лет
4. у новорожденных
5. в ближайшие 5 лет, после перенесенной резекции желудка по Бильрот-2

35. Кровоток через плаценту становится неадекватным, как только систолическое АД у роженицы измеренное манжеточным способом снижается до:

1. 90 - 100 мм рт. ст.
2. 70 - 80 мм рт. ст.
3. 45 - 55 мм рт. ст.
4. 35-40 мм рт. ст.
5. 25 - 30 мм рт. ст.

36. Интраоперационное внутривенное введение барбитуратов противопоказано:

1. у эпилептиков старше 40 лет
2. при психомоторном возбуждении у алкоголиков
3. при возбуждении, после введения лидокаина в эпидуральное пространство
4. при эклампсических судорогах
5. при сердечно-сосудистом коллапсе, при применении местных анестетиков

37. У пациента, идущего на операцию по поводу компрессионного перелома шейного позвонка, отмечается недостаточно эффективный кашлевой рефлекс, выраженная бронхиальная секреция. Какое из следующих мероприятий, Вы могли бы рекомендовать, как наиболее практичное и эффективное для предупреждения развитая ателектазов в послеоперационном периоде?

1. ежедневная санационная бронхоскопия
2. трижды в день тщательный туалет трахеобронхиального дерева мягким катетером
3. адекватный туалет трахеобронхиального дерева через инкубационную трубку каждые 6 часов
4. временная трахеотомия, через которую отсасывается мокрота из трахеи по мере накопления

5. постуральный дренаж

38.Эпизоды брадикардии и гипотензии, возникающие во время операции на органах брюшной полости, анестезиолог обычно устраняет применением:

1. шейной вагосимпатической блокады
2. переливания эритромассы
3. прозерина
4. мезатона
5. пропранолола
6. атропина

39.Трансфузионные реакции наиболее часто наблюдаются при:

1. ДВС - синдроме
2. ОПН
3. переливании иногруппной крови
4. переливании консервированное крови со сроком хранения более 10 дней

40.Какой из следующих препаратов противопоказан при порфирии?

1. Фентанил
2. Гексенал
3. Ардуан
4. Эфедрин
5. бисептол

41.Выберите неправильное утверждение:

Значительное повышение уровня калия в крови после внутривенного введения сукцинилхолина:

1. наблюдаются у пациентов с массивной травмой
2. может устранятся предварительным введением тест-дозы ардуана
3. наблюдаются у пациентов с параплегией
4. чаще всего наблюдаются у пациентов, получавших препараты дигиталиса

42.Какое из следующих осложнений,не связано с субарахноидальным применением спирта для снятия упорных болей у инкурабельного онкобольного?

1. злокачественная артериальная гипертензия
2. нарушение контроля над тонусом мочевого пузыря и сфинктера прямой кишки
3. нижний парапарез

43. Для деструктивной эпидуральной или субарахноидальной блокады при лечении болевого синдрома у терминально-инкурабельных онкобольных - не применяется:

1. спирт
2. замороженный физраствор
3. фенол
4. полибиолин

44.Врач-реаниматолог решил осуществить электроимпульсную терапию (электродефибрилляцию) больному с фибрилляцией желудочков сердца, пользуясь синхронизатором. С какой фазой ЭКГ - комплекса должен быть синхронизирован разряд дефибриллятора?

1. с зубцом Q
2. с нисходящей фазой зубца R
3. с зубцом T
4. с сегментом S-T
5. учет фазы ЭКГ-комплекса не имеет смысла

45.Для диагностики остановки дыхания определяющим не является следующий признак:

1. отсутствие дыхательной экскурсии грудной клетки
2. отсутствие газового потока из дыхательных путей пациента на выдохе
3. отсутствие движений надчревной (эпигастральной) области
4. синюшный цвет кожных покровов и видимых слизистых оболочек

46.Что не входит в понятие тройного приема Сафара на дыхательных путях?

1. запрокидывание головы
2. выдвижение вперед нижней челюсти
3. открывание рта
4. захват и удержание языка

47.При клинической смерти первоочередными мероприятиями по восстановлению проходимости дыхательных путей являются:

1. позвать другого, более опытного реаниматолога
2. запрокидывание головы, выдвижение вперед нижней челюсти
3. опустить головной конец операционного стола

4. выполнить прием Селлика

48.Определяющим признаком для экспресс-диагностики остановки кровообращения являются:

1. мидриаз
2. анизокория
3. отсутствие спонтанного дыхания
4. отсутствие пульса на сонных артериях
5. отсутствие сознания

49.В чем цель первой стадии реанимации?

1. срочное обеспечение тканей кислородом и удаление углекислоты
2. устранение оттека мозга и восстановление сознания
3. восстановление спонтанного дыхания
4. восстановление самостоятельных движений
5. восстановление деятельности головного мозга

50.К элементарным мероприятиям по оказанию первой помощи по поддержанию жизни, кроме сердечно-легочной реанимации, не относится:

1. остановка наружного кровотечения
2. придание больному положения, облегчающего проходимость дыхательных путей
3. борьба с шоком
4. туалет раны
5. профилактика дополнительных повреждений

51.Какова последовательность этапов I стадии реанимации?

1. поддержание кровообращения, экстренная ИВЛ и оксигинация, восстановление проходимости дыхательных путей
2. экстренная ИВЛ и насыщение тканей кислородом, поддержание кровообращения, восстановление проходимости дыхательных путей
3. восстановление проходимости дыхательных путей, экстренная ИВЛ, насыщение тканей кислородом и поддержание кровообращения

52.Продолжительность клинической смерти может значительно увеличиться при:

1. повышении температуры окружающей среды
2. повышении температуры тела
3. приема алкоголя
4. поражении электротоком
5. понижении температуры окружающей среды

53.К признакам биологической смерти не относят:

1. отсутствие дыхания
2. «кошачий глаз»
3. трупные пятна
4. мутные роговицы
5. мягкие глазные яблоки

54.Правильность проведения элементарных мероприятий сердечно-легочной реанимации не определяются по:

1. сужению зрачков
2. появлению мочеиспускания
3. появлению самостоятельного дыхания
4. появлению пульса

55. Выберите точку для нанесения прекардиального удара:

1. в области верхушечного толчка
2. в области проекции синусового узла
3. в IV межреберье по окологрудинной линии слева
4. на границе средней и нижней трети грудины
5. в подключичной области слева

56. Основным определяющим признаком остановки сердца является:

1. судороги
2. отсутствие пульса на сонной артерии
3. отсутствие самостоятельного дыхания
4. узкие зрачки
5. широкие зрачки
6. отсутствие сознания

57. Какой из следующих элементов входит в тройной прием Сафара?

1. подкладывание валика под плечи
2. приоткрывание рта
3. сгибание атланто-окципитального сочленения

4. дыхание рот в рот

58. Поставить диагноз бронхореи при отравлении ФОС и дифференцировать это состояние с отекомлегких можно на основании:

А - тахикардии
Б - брадикардии
В - миоза
Г - мидриаз
Д - повышения ЦВД
Е - нормального или пониженного ЦВД
Ж - влажных хрипов над всей поверхностью лёгких
З - влажных хрипов над трахеей и крупными бронхами
И – наличия миофибрилляции мышц груди, голеней

1. верно А, Г, Д, Ж, З
2. верно Б, В, Е, З, И
3. верно А, В, Д, Ж, И
4. верно Б, В, Д, З

59. Типичными клиническими проявлениями отравления барбитуратами являются?

А - отсутствие сознания (кома)
Б - двигательное возбуждение, галлюцинации
В - миоз
Г - мидриаз
Д - угнетение дыхания
Е - трофические расстройства
Ж - на ЭКГ замедление внутрижелудочковой проводимости по типу блокады

1. верно всё, кроме Б и Г
2. верно всё, кроме В и Е
3. верно всё, кроме Б, Г, Ж
4. верно всё, кроме Г и Д

60.Лечение апноэ, возникающего в результате передозировки мышечных релаксантов, следует начинать с применения:

1. натрия гидрокарбоната
2. ИВЛ
3. налорфина
4. прозерина
5. бемегрида
6. атропина и прозерина

61.Какой вид анестезии противопоказан пациенту с миастенией, которому предстоитэкстренная операция по поводу травмы нижней конечности?

1. циклопропан + O_2
2. эфир + O_2
3. тиопентал натрия + тубокурарин + O_2
4. спинномозговая анестезия

62.С какой целью применяют сердечные гликозиды при мерцательной аритмии?

1. купировать фибрилляцию предсердий
2. поддержать автоматизм желудочков
3. мерцание привести в трепетание
4. замедлить проведение импульсов в AV узле

63. Какое из следующих состояний не является противопоказанием к проведению управляемой гипотонии:

1. заболевание почек
2. аневризма сосудов мозга
3. анемия
4. заболевание печени
5. ишемическая болезнь сердца

64.Укажите наименее вероятную из причин развития гипогликемической комы у больного сахарным диабетом:

1. прием алкоголя
2. чрезмерная физическая нагрузка
3. прием гипотиазида

65. Дыхание Куссмауля возникает в результате?

1. слабости дыхательной мускулатуры
2. угнетения дыхательного центра

3. повышения внутричерепного давления
4. выраженной гипоксемии
5. снижения pH крови (ацидоз)

66. Признаком, свидетельствующим о разрешении астматического статуса, является:
1. прекращение отхождения мокроты
2. появление «немого» легкого
3. ослабление чувства удушья
4. потеря сознания

67. Какие из перечисленных исследований являются первоочередными для уточнения диагноза тромбоэмболии легочной артерии?

А - анализ мокроты
Б-ЭКГ
В - коагулограмма
Г - рентгенография органов грудной клетки
Д - проба Тиффно

1. верно всё
2. верно А, Д
3. верно всё, кроме Г
4. верно Б, Г
5. верно В, Д

68. Укажите основной механизм антиангинального действия нитроглицерина:
1. анальгетический эффект
2. снижение интенсивности выброса катехоламинов
3. системная вено- и артериолодилатация
4. отрицательный инотропный эффект

69.Тромболизис в первые часы острого инфаркта миокарда может быть достигнут с помощью

А-урокиназы
Б - тканевого активатора плазминогена
В -стрептокиназы
Г - аспирина
Д- гепарина

1. верно всё
2. верно А, Б, В
3. верно Г, Д
4. верно всё, кроме А

70.У больного 60-ти лет, перенесшего 1 месяц назад острый инфаркт миокарда, поставлен диагноз острого флегмонозного аппендицита. Какую тактику Вы предпочтете?

1. ургентная операция и анестезия
2. динамическое наблюдение, операция и анестезия только при появлении симптомов разлитого перитонита
3. операция и анестезия только при неэффективности назначенной антибиотикотерапии

71.Какие симптомы характерны для вклинения ствола мозга в большом затылочном отверстии?

А - слуховая агнозия
Б - снижение слуха
В - остановка дыхания
Г - гемигипальгезия
Д - потеря сознания

1. верно всё
2. верно А, Б, Г
3. верно В, Д
4. не верно всё

72.Что из перечисленного, относительно острых экзогенных отравлений, является неверными:

1. специфические антидоты наиболее эффективны в токсикогенную фазу отравления
2. эффективность антидотной терапии острого отравления зависит от его давности

3. методы детоксикации одинаково эффективны как в токсикогенной, так и в соматогенной фазе отравления

73. В палату интенсивной терапии доставлен ребенок 12 лет с относительно нетяжелой множественной комбинированной травмой, сопровождавшейся кровопотерей. Определяются резко выраженная бледность кожных покровов, тахикардия. Артериальное и центральное венозное давления крови значительно снижены. Какой из перечисленных препаратов лучше всего использовать в случае отсутствия консервированной крови?
1. Эфедрин
2. Адреналин
3. Полиглюкин
4. Норадреналин
5. Стабизол

- Верно 1 и 2
- Верно 3 и 5
- Верно 2 и 3
- Верно 3 и 4
- Верно 4 и 5

74.У пострадавшего с множественными комбинированными повреждениями, сопровождавшимися внутренним кровотечением, в процессе динамиеского наблюдения за центральным венозным давлением отмечено прогрессирующее его увеличение на фоне снижающегося артериального давления. О чем свидетельствует такое состояние?
1. О депонировании крови в венозном русле
2. О присоединении сердечной слабости
3. О шунтировании
4. О нарастании темпа кровопотери
5. О невосполненной кровопотери

- Правильно все положения
- Правильно 1 и 2
- Правильно 3 и 4
- Правильно 2
- Правильно 4 и 5

75.У больного, находящегося под постоянным электрокардиоскопическим наблюдением, развилась мелковолновая фибрилляция миокарда, и диагностирована клиническая смерть. Какое специфическое лечебное мероприятие следует предпринять на фоне массажа сердца и ИВЛ в первую очередь?
1. Ввести внутривенно раствор хлористого кальция
2. Произвести высоковольтную электрическую дефибрилляцию
3. Ввести внутривенно раствор атропина
4. Ввести внутривенно раствор адреналина
5. Ввести внутривенно кортикостероидов

- Правильно 1 и 2
- Правильно 3 и 4
- Правильно 4
- Правильно 5
- Правильно 2 и 4

76. В процессе реанимации вскоре после начала непрямого массажа сердца отмечено появление пульса на лучевой артерии, строго синхронного с нажатиями на грудную клетку, стало определяться артериальное давление в пределах 60 мм рт.ст. (систолическое). О чем свидетельствует перечисленная симптоматика?

- Об адекватности массажа сердца
- О неадекватности массажа сердца
- Об эффективности массажа сердца
- О неэффективности массажа сердца
- О фибрилляции желудочков

77. У больного ребенка констатируется гипоксия без гиперкапнии. После того, как его заставили глубоко и часто подышать, степень гипоксии не только не уменьшилась, но даже увеличилась. О чем это свидетельствует?

- О нарушении диффузии газов через альвеолярно-капиллярную мембрану
- О наличии циркуляторной гипоксии
- О наличии гемической гипоксии
- О наличии тканевой гипоксии
- О нарушении вентиляции легких

78. Ребенок 11 лет с вирусным гепатитом, осложненный острой печеночной недостаточностью в состоянии комы поступил в клинику. Назначен ком плекс лечебных мероприятий. С какой целью при печеночной коме назначается глютаминовая кислота?

1. С целью удаления из организма избытка меди
2. С целью нейтрализации пировиноградной кислоты
3. С целью обезвреживания аммиака
4. С целью ингибирования протеаз
5. С целью восполнения энергетического резерва

- Правильно 1 и 2
- Правильно 2 и 3
- Правильно 3
- Правильно 3 и 4
- Правильно 5

79.У больного в процессе проведения специальных методов исследования функции почек, кроме олигурии и азотемии, обнаружена креатининемия
в пределах 0,134 гл (13,4 мг%). Клубочковая фильтрация оказалась равной 22,8 млмин, реабсорбция - 88,9%, почечный плазматок - 131,6млмин. О какой степени тяжести нефропатии свидетельствуют данные показатели?

1. О легкой степени
2. О средней степени
3. О тяжелой степени
4. Приведенные показатели не выходят за пределы нормальных цифр

- Верно 1
- Верно 2
- Верно 3
- Верно 4
- Верно 1 и 2

80.Новорожденный перенес тяжелую степень асфиксии, что потребовало проведения комплекса реанимационных мероприятий, включающих наружный массаж сердца и искусственную вентиляцию легких с интубацией трахеи.
Где должен находиться новорожденный по окончании непосредственных мер по оживлению при условии, что родильный стационар расположен в крупном высококвалифицированном лечебном учреждении?

- В родзале
- В отделении новорожденных
- Непосредственно при матери
- В специализированном отделении интенсивной терапии
- В многопрофильной детской больнице

81.В родильном доме высококвалифицированного лечебного учреждения с хорошим уровнем анестезиолого-реанимационной и педиатрической
служб родился ребенок в тяжелой асфиксии, что потребовало проведения ИВЛ и других мероприятий в плане интенсивной терапии. В ведение какого специалиста целесообразнее всего передать данного ребенка по окончании мероприятий по первичной реанимации?

- Неонатолога
- Анестезиолога-реаниматолога
- Акушер-гинеколога
- Любого из них, кто оказался свободным
- Педиатра многопрофильной детской больницы

82.Больной 15 лет готовится к оперативному вмешательству под общей анестезией. У ребенка артериальное давление повышено, находится на учете у участкового врача. После осмотра анестезиологом составлен план предоперационной подготовки и выбор анестетиков. Для действия какого из веществ, используемых при внутривенном наркозе, характерно повышение артериального давления в процессе обезболивания?

- Пропанидида
- Гексенала
- Кетамина
- Оксибутирата натрия
- Седуксена

83.В отделении экстренной хирургии с диагнозом острая кишечная непроходимость готовится к операции ребенок 8 лет. С учетом тяжести состояния и гидроионных нарушений анестезиолог запланировал нейролептанальгезию. Применение какого сочетания препаратов рассматривается как нейтролептанальгезия (НЛА)?
1. Дроперидола и фентанила
2. Промедола и атропина
3. Пипольфена и промедола
4. Листенона и тубокурарина
5. Рекофола и дипидолор

- Правильно 1
- Правильно 2
- Правильно 3
- Правильно 4
- Правильно 5

84.При попытке выполнить определенный вид анестезии врач ввел пробную дозу раствора тримекаина в один из поясничных сегментов. Через 3 мину ты наступило достаточно глубокое обезболивание нижних конечностей и обширной зоны нижней части туловища. Активные движения пальцами ног стали невозможны.
Какая выполнена анестезия?
1. Эпидуральная
2. Спинальная

3. Паравертебральная
4. Каудальная
5. Сакральная

- [ ] Правильно 1
- [ ] Правильно 2
- [ ] Правильно 3
- [ ] Правильно 4
- [ ] Правильно 5

85. Известно, что при быстром отключении закиси азота наблюдается активная обратная диффузия данного анестетика в легких. Закись азота при этом заполняет альвеолы и препятствует поступлению в них кислорода. Развивается так называемая диффузионная гипоксия. Имеется ли опасность развития диффузионной гипоксии в первые минуты становления самостоятельного дыхания у новорожденного, извлеченного путем кесарева сечения на фоне продолжающейся ингаляции закиси
зота?

- [ ] Имеется более высокая опасность, чем у больных в обычной ситуации
- [ ] Имеется такая же опасность, как у больных в обычной ситуации
- [ ] Обратная диффузия имеет место, но развитием диффузионной гипоксии она не угрожает
- [ ] У новорожденных в первые минуты становления самостоятельного дыхания обратной диффузии закиси азота не наблюдается вовсе д. Закись азота через плаценту не проходит
- [ ] Закись азота через плаценту не проходит

86.В процессе экстренной анестезии у больной с "полным желудком" возникла опасность регургитации, для профилактики которой врач осуществил прием Селлика.
Как выглядели действия врача?

- [ ] Надавил на перстневидный хрящ
- [ ] Ввел в желудок зонд и придал больной положение Тренделенурга
- [ ] Осуществил вводный наркоз и интубацию в положении больной на левом боку
- [ ] Применил специальный желудочный зонд с раздувной манжетой

87.У новорожденного имеет место дыхательная недостаточность, проявляющаяся гиперкапнией при вполне удовлетворительном насыщении крови кислородом.
Какова наиболее вероятная причина развития дыхательной недостаточности с описанными проявлениями?

- [ ] Пневмония
- [ ] Отечный синдром
- [ ] Ателектаз
- [ ] Обструкция дыхательных путей
- [ ] Все перечисленные факторы

88.У больного в периоде восстановления после перенесенного утопление в морской воде весьма вероятны клинические проявления:

- [ ] внутрилегочного шунтирования и метаболического ацидоза
- [ ] отека легких
- [ ] электролитных нарушений
- [ ] верно, а) и б)
- [ ] верно, а) и в)

89.Критериями эффективности закрытого массажа сердца являются все перечисленное, за исключением:

- порозовения цвета кожи лица и слизистых
- появления пульса на сонной артерии и лучевой артерии
- сужения зрачков
- АД - 80-90 мм рт. ст.
- восстановления дыхания

90.Суточная потребность в белках рассчитывается:

- по количеству белка в плазме
- по экскреции азота с мочой
- по потреблению О2
- верно, а) и б)
- верны все ответы

91.При волемических нарушениях наиболее важными и доступными для определения критериями адекватности инфузионно-трансфузионной терапии являются:

- нормализация цвета кожных покровов, градиента температуры, диуреза
- гемодинамические показатели: АД, ЧСС, ЦВД
- показатели состава крови, метаболизма, коагулограмма
- верно, а) и б)
- верны все ответы

92.Внутриглазное давление:

- прямо пропорционально давлению крови
- пропорционально внутричерепному давлению
- понижантся при гипервентиляции
- зависит от угла передней камеры
- повышается осмотическими диуретиками

93.Отметьте неверное утверждение в отношении ротаметров:

- это измерители потока с переменными (различными) отверстиями
- давление через поплавок сохраняется постоянным
- при большом потоке, увеличение области кругового отверстия уменьшает сопротивление
- поток ламинарен выше калиброванной части трубки
- для правильности считывания данных обязательно вертикальное расположение устройства

94.Больной с очень лабильной психикой перед операцией находиться в состоянии резкого эмоционального напряжения с преобладанием чувства страха. Какому препарату вы отдаете предпочтение в качестве средства для премедикации?

- Промедолу.
- Дроперидолу.
- Морфину.

- Седуксену.
- Атропину

95.Основные требования, предъявляемые к длительной оксигенотерапии:
1)прерывистость подачи кислорода.
2)непрерывность подачи кислорода.
3)концентрация кислорода 70%
4)концентрация кислорода 40%
5)подогрев и увлажнение кислорода
Выберите правильный ответ:

- 1,3
- 2,3
- 2,5
- 2,4,5
- 3,5

96.Характерные для гиперкалиемии признаки на ЭКГ:

- деформация комплекса QRS и высокий острый зубец Т
- уплощение зубца Т
- снижение интервала ST, отрицательный зубец Т
- снижение амплитуды всех зубцов ЭКГ
- уплощение зубца Р

97. Планируется проведение простого масочного наркоза эфиром.
Какой препарат в премедикации, с вашей точки зрения, является крайне необходимым?

- Морфин.
- Атропин.
- Пипольфен
- Люминал
- Все препараты

98.Какой препарат из числа перечисленных обладает наименьшими токсическими свойствами по отношению к жизненно важным органам человека?

- Закись азота.
- Циклопропан.
- Эфир.
- Фторотан.
- Пентран

99. При какой комбинации препаратов из числа перечисленных метод обезболивания можно назвать атаральгезией?

- Седуксен и фентанил
- Дроперидол и фентанил
- Атропин и промедол
- Виадрил и оксибутират натрия

- [ ] Пропанидид и атропин

100. Без какого вещества в премедикации опасно проведение эндотрахеального наркоза?

- [ ] Без промедола.
- [ ] Без пипольфена
- [ ] Без атропина
- [ ] Без люминала.
- [ ] Без седуксена

Приложение 2

1. Расширенная сердечно-легочная реанимация. Алгоритм действий.
2. Базовая сердечно-легочная реанимация.
3. Виды остановки сердечной деятельности. Лекарственные препараты, пути введения.
4. Сердечно-легочная реанимация детей и беременной на последних сроках. Особенности проведения СЛР. Тактика ведения.
5. Предоперационный осмотр: Трудные дыхательные пути. Тактика врача при ТДП. Шкала Mallampati.

6. Оценка операционно-анестезиологического риска (шкала ASA и МНОАР).
7. Профилактика ТЭЛА в периоперационном периоде.
8. Организация рабочего места в операционной. Подготовка аппаратуры.
9.Масочная вентиляция. Трудности. Предикторы затрудненой масочной вентиляции. Тройной прием на дыхательных путях.
10. Интубация трахеи методом прямой ларингоскопии. Техника. Подтверждение интубации.
11. Назофарингеальная интубация. Техника. Показания. Противопоказания.
12.Осложнения интубации трахеи.
13. Интубация в сознании, интубация при помощи бронхоскопа. Показания. Техника.
14. Ситуация -невозможно интубировать, невозможно вентилировать.
15. Коникотомия. Показания. Техника.
16. Пункционная трахеостомия. Показания. Техника.
17. Интраоперационный мониторинг дыхательных путей.
18.Экстубация. Постэкстубационные проблемы. Экстубация пациентов с трудными дыхательными путями.
19. Ларинго-, бронхоспазм. Клиника. Лечение.
20. Эпидуральная анестезия. Показания. Противопоказания.
20.Эпидуральная анестезия. Техника выполнения. Осложнения
21.Спинальная анестезия. Показания. Противопоказания.
22. Спинальная анестезия. Техника выполнения. Осложнения
23. Проводниковые методы анестезии при операциях на верхней конечности.
24. Проводниковые методы анестезии при операции на нижних конечностях.
25. Правила постановки ЦВК и уход за ним. Пункция и катетеризация бедренной вены. Техника. Осложнения.
26. Правила постановки ЦВК и уход за ним. Пункция и катетеризация яремной вены. Техника. Осложнения.
27.Правила постановки ЦВК и уход за ним. Пункция и катетеризация подключичной вены. Техника. Осложнения.
28. Искусственная вентиляция легких. Показания к проведению ИВЛ.
29. Режимы ИВЛ. Показания к отлучению от аппарата ИВЛ.
30. Неинвазивная ИВЛ. Показания.
31. Высокопоточная кислородная вентиляция.
32. Мониторинг пациента в ОАРИТ.
33. Венепункция, венесекция, катетеризация периферических вен, длительная инфузионная терапия, использование аппаратуры для дозированной инфузии.
34. Пульсоксиметрия, капнометрия.
35. Регистрация электрокардиограммы.
36. Признаки остановки сердца на ЭКГ.
37.Жизнеугрожающие нарушения ритма. Диагностика. Неотложные мероприятия.
38. Признаки желудочковой тахикардии на ЭКГ. Тактика при ЖТ с сохраненным пульсом, и ЖТ без пульса.
39. Полная АВ блокада. ЭКГ признаки. Тактика ведения.
40. Показания для кардиоверсии. Техника.
41. Непрямой и прямой массаж сердца.
42. Электирческая дефибриляция.
43. Остановка сердца связаная с анестезией.
44. Измерение ЦВД.
45. Катетеризация мочевого пузыря. Измерение диуреза. Измерение внутрибрюшного давления.
46.Установление назогастрального зонда. Энтеральное зондовое питание.
47. Взятие крови для анализа на КЩС, расшифровка.
48. Определение группы крови.
49. Показания, противопоказания к переливанию эр. массы.
50. Показания, противопоказания к переливанию СЗП.
51. Показания к переливанию криопреципитата.
52. Показания к переливанию тромбомассы и лейкоцитарной массы.
53. Проведение проб на совместимость. (Групповая, резусная)
54. Проведение пробы на биологическую совместимость.
55. Переливание препаратов крови во время анестезии. Контроль осложнений.
56. Принципы инфузионной терапии в операционной.

57. Мониторинг во время анестезиологического пособия.
58. Острая сердечно-сосудистая недостаточность в послеоперационном периоде. Причины. Интенсивная терапия.
59. Дыхательная недостаточность в послеоперационном периоде. Причины. Интенсивная терапия.
60. ОРДС. Подбор параметров вентиляции.
61. Аспирационная пневмония. Тактика введения.
62. Комы. Шкала Глазго.
63. Судорожный синдром. Тактика ведения.
64. Лечение пневмоторакса.
65. Удаление выпота из плевральной полости.
66. Дренирование плевральной полости.
67. Пункция перикарда. Техника. Осложнения.
68. Воздушная эмболия. Клиника. Диагностика. Лечение.
69. Особенности обеспечения сосудистого доступа у детей.
70. Особенности инфузионной терапии в педиатрии.
71.Обеспечение проходимости дхательных путей и интраоперационного ИВЛ в педиатрии.
72. Премеикация и индукция в анестезию, особенности у детей.
73. Методика послеоперационного обезболивания у детей.
74. Принципы терапии осторого ларинготрахеита у детей.
75. Респираторная лекарственная терапия. Небулайзеры.

Приложение 3

1. Правовые аспекты, этика и деонтология в практике врача анестезиолога.
2. Эпидемиология и санитарно - эпидемическое обеспечение ОАРИТ.
3. Классификация методов и видов анестезиологического пособия.
4. Боль**:** основные понятия, физиология боли.
5. Антиноцецептивная защита: основные понятия.
6. Дыхательные контуры.
7. Клинико-фармакологическая характеристика эфира.
8. Ингаляционный эфирный наркоз: клиника, стадии и методика проведения.
9. Клинико-фармакологическая характеристика ингаляционных галогеносодержащих анестетиков.
10. Клинико-фармакологическая характеристика бензодиазепинов.
11. Клинико-фармакологическая характеристика кетамина.
12. Клинико-фармакологическая характеристика барбитуратов.
13. Клинико-фармакологическая характеристика центральных аналгетиков.
14. Методика нейролептаналгезии, атаралгезии.
15. Комбинированные методы общей анестезии.
16. Премедикация: задачи, виды, методика.
17. Предоперационное обследование и подготовка к анестезии и операции.
18. Респираторная поддержка в анестезиологической практике.
19. Инфузионно-трансфузионная терапия в анестезиологии.
20. Клинико-фармакологическая характеристика неингаляционных анестетиков дипривaн (пропофол), этомидат.
21. Клинико-фармакологическая характеристика ГОМКа.
22. Мышечные релаксанты: классификация, механизм действия.
23. Осложнения при общей анестезии: виды, причины, профилактика.
24. Клинико-фармакологическая характеристика местных анестетиков.
25. Спинномозговая анестезия: показания, противопоказания, методика проведения.
26. Эпидуральная анестезия: показания, противопоказания, методика проведения.
27. Сочетанная анестезия: показания, противопоказания, методика проведения.
28. Осложнения местной, регионарной анестезии: виды, причины, методы профилактики и лечения.
29. Обеспечение безопасности пациентов и мониторинг во время операции.
30. Медицинская документация в анестезиологической практике.
31. Анестезиологическое обеспечение в нейрохирургии.
32. Анестезиологическое обеспечение в торакальной хирургии
33. Анестезиологическое обеспечение в абдоминальной хирургии и колопроктологии.
34. Анестезиологическое обеспечение в хирургической эндокринологии.
35. Анестезиологическое обеспечение урологических операций.
36. Анестезиологическое обеспечение в травматологии и ортопедии.
37. Анестезиологическое обеспечение в гинекологии.
38. Анестезия у геронтологических больных.
39. Анатомо-физиологические особенности детского организма с позиции анестезиолога.
40. Принципы дозирования анестезиологических препаратов пациентам детского возраста.
41. Анестезиологическое обеспечение операций у пациентов детского возраста. Особенности.
42. Анестезиологическое обеспечение в амбулаторно-поликлинических условиях.
43. Анестезиологическое обеспечение хирургических вмешательств у беременных.
44. Анестезиологическое обеспечение у больных с сопутствующей патологией органов дыхания.
45. Анестезиологическое обеспечение у больных с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией.
46. Анестезиологическое обеспечение у больных с сопутствующей эндокринной патологией.
47. Анестезиологическое обеспечение у больных с сопутствующей патологией печени и почек.
48. Терапия болевого синдрома в различных областях медицины
49. Анестезиологическое обеспечение в чрезвычайных условиях и в военно-полевых.
50. Терминальные состояния.
51. Сердечно-легочная и церебральная реанимация. Диагностика и констатация клинической, биологической и социальной смерти.
52. Острая дыхательная недостаточность. Реанимация и интенсивная терапия острых дыхательных расстройств.

53. Острая сердечно-сосудистая недостаточность. Реанимация и интенсивная терапия острых расстройств кровообращения.
54. Патология и интенсивная терапия послеоперационного периода.
55. Острая почечная недостаточность.
56. Острая печёночная недостаточность.
57. Нарушение свёртывающей и фибринолитической систем крови и их интенсивная терапия.
58. Шок: основные понятия, классификации, патофизиология,
59. Шок: клиника, диагностика, лечение.
60. Реанимация и интенсивная терапия в абдоминальной хирургии (перитонит, панкреатит).
61. Инфузионно-трансфузионная терапия в реанимации и интенсивной терапии.
62. Респираторная терапия в реанимации и интенсивной терапии.
63. Реанимация и интенсивная терапия критических состояний в неврологии и нейрохирургии.
64. Реанимация и интенсивная терапия при кетоацидотической коме.
65. Реанимация и интенсивная терапия неотложных состояний в пульмонологии.
66. Реанимация и интенсивная терапия нарушений ритма.
67. Реанимация и интенсивная кардиогенного шока.
68. Реанимация и интенсивная терапия при сепсисе.
69. Реанимация и интенсивная терапия при инфекционных заболеваниях менингит, ботулизм.
70. Реанимация и интенсивная терапия критических состояний в акушерстве и гинекологии.
71. Реанимация и интенсивная терапия в травматологии (жировая эмболия).
72. Реанимация и интенсивная терапия острых экзогенных отравлений.
73. Реанимация и интенсивная терапия при анафилактическом шоке.
74. Особенности реанимации и интенсивней терапии у детей.
75. Анестезия у новорожденных.

ПАТОЛОГИЯ

1. Основные понятия нозологии. Болезнь как нарушение гомеостаза.
2. Номенклатура и классификация болезней.
3. Общая этиология. Общий патогенез. Причинно-следственные взаимоотношения в патогенезе.
4. Венозная гиперемия. Причины, механизмы, последствия.
5. ДВС - синдром. Стадии. Патогенез.
6. Экссудация. Механизмы развития. Значение.
7. Фагоцитоз при воспалении. Причины эмиграции лейкоцитов в очаг воспаления. Механизмы фагоцитарной деятельности лейкоцитов.
8. Понятие об иммунном гомеостазе, механизмы гуморального и клеточного иммунитета.
9. Опухоли. Определение сущности опухолевого роста. Этиология опухолей. Современные теории опухолевого роста. Современная классификация опухолей. Принципы ее построения. Вторичные изменения в опухолях.
10. Доброкачественные, злокачественные и опухоли с местным деструирующим ростом. Критерии злокачественности. Понятие о рецидиве.

ПЕДАГОГИКА

1. Определите место педагогики в системе современного человекознания.
2. Назовите способы структурирования содержания образования и проиллюстрируйте их на примере.
3. Дайте характеристику законодательным актам в сфере образования.
4. Какие документы составляют нормативную основу образования?
5. Что означает понятие «обучение»? Как ваше собственное понимание этого понятия соотносится с его научной трактовкой?
6. В чем обнаруживается сходство и различие процессов обучения и лечения как древнейших видов гуманитарной практики?
7. Какие типы и виды обучения оптимальны на доклиническом и клиническом этапах медицинского образования?
8. В чем суть поэтапного формирования знаний и умений? Пояснить на примерах.
9. Какие требования к выбору форм организации познавательной деятельности обучаемых на учебном занятии существуют в дидактике?
10. Что лежит в основе классификации форм организации познавательной деятельности? Как связаны между собой формы организации познавательной деятельности и цели обучения?
11. От чего зависит выбор форм организации познавательной деятельности к конкретному занятию?
12. Какие формы обучения наиболее рационально использовать на разных этапах обучения в медицинском вузе и при обучении разных категорий обучаемых (медицинский персонал, пациенты, их родственники)?

Инфекционные болезни, в том числе туберкулез

1. Этиология, патогенез, патоморфология и эпидемиология туберкулеза. Классификация туберкулеза и методы обследования больных туберкулезом.
2. Основные клинические симптомы и синдромы легочного и внелегочного туберкулеза. Инструментальные и лабораторные методы диагностики туберкулеза.
3. Понятие об остропрогрессирующих формах туберкулеза. Особенности течения туберкулеза в современных условиях. Туберкулез и ВИЧ-инфекция.
4. Осложнения легочного и внелегочного туберкулеза. Диагностика и дифференциальная диагностика. Неотложные мероприятия при легочном кровотечении, спонтанном пневмотораксе, инфекционно-токсическом шоке.
5. Хирургические методы лечения легочного и внелегочного туберкулеза.

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. Медицинское право, как отрасль права.
2. Источники медицинского права.
3. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья.
4. Права и обязанности медицинских работников.
5. Понятие и виды медико-социальной помощи.
6. Особенности медицинской услуги
7. Особенности регулирования труда медицинских работников
8. Правонарушение и юридическая ответственность
9. Гражданско-правовая ответственность субъектов предоставления и оказания медико-социальной помощи.
10. Дисциплинарная ответственность медицинских работников.
11. Административная ответственность должностных лиц.
12. Уголовная ответственность медицинских работников.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

1. Дайте определение науки «Общественное здоровье и здравоохранение». Задачи общественного здоровья и здравоохранения. Объект изучения общественного здоровья и здравоохранения.
2. Какие методы используют при изучении общественного здоровья и здравоохранения?
3. Назовите главные критерии оценки эффективности системы здравоохранения.
4. Назовите базовые функции системы здравоохранения.
5. Дайте определения фактора риска. Перечислите факторы риска и кратко охарактеризуйте.
6. Дайте определение медицинской демографии и перечислите ее основные разделы.

7. Перечислите известные Вам исторически сложившиеся на этапах развития названия предмета Общественное здоровье и здравоохранение. С чем связано существование большого числа названий предмета?

8. Воспроизводство населения (естественное движение населения).
Общие и специальные показатели, методика расчета, анализ и оценка
9.Миграция населения: внешняя, внутренняя (урбанизация,
сезонная). Факторы, ее определяющие. Влияние миграции на здоровье населения
10. Естественный прирост населения, факторы на него влияющие.
Противоестественная убыль населения.
11. Дайте определения “заболеваемость”, распространенность болезней”,
патологическая пораженность”
12.От чего зависит полнота учета заболеваемости?

Министерство здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики
Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Медицинский факультет
Центр медицинского послевузовского образования

УТВЕРЖДАЮ
Министр здравоохранения ПМР
_____К.В.Албул
«_04_» _января_ 20_24_г.

СОГЛАСОВАНО
Ученым советом факультета
протокол № _5_
от «_29_» _декабря_ 20_23_г.
Председатель
Ученого совета факультета
_____Г.Н.Самко

ПРОГРАММА
ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ

образовательной программы
высшего образования- программы ординатуры

Специальность **31.08.76 СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКАЯ**

Квалификация выпускника: Врач-стоматолог детский
Трудоемкость: 108 часов-3з.е.
Сроки проведения: 24.06.24 - 6.07.24г.

Тирасполь, 2023

Программа итоговой государственной аттестации образовательной программы высшего образования- программы ординатуры по специальности 31.08.76 Стоматология детская разработана в соответствии с Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.76 Стоматология детская (утвержденным Приказом Министерства Просвещения Приднестровской Молдавской Республики № 717 от 13.08.2021г. «Об утверждении и введении в действие Государственного образовательного стандарта послевузовского профессионального образования - ординатуры)

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании кафедры Хирургии с циклом онкологии №4 протокол №4 от «20» ноября 2023 г.
Заведующий кафедрой Хирургии с циклом онкологии _____ Фомов Г.В.

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УМК факультета

«12» декабря 2023 г. (протокол № 4)

Председатель УМК _____ (А.В. Васильчук)

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УС факультета

«29» декабря 2023 г. (протокол № 5)

Председатель УС _____ (Г.Н. Самко)

Программу составили:

Ассистент _____ Стою Е. И.

Содержание

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.
2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры
3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации.
4. Форма и структура итоговой государственной аттестации.
4.1 Форма итоговой государственной аттестации.
4.2 Трудоёмкость итоговой государственной аттестации.
4.3 Структура итоговой государственной аттестации.
5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.
6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации.
6.1 Критерии оценки результатов тестирования
6.2 Критерии оценки практических навыков и умений.
6.3 Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.
7. Содержание государственного экзамена.
7.1 Тестирование
7.2 Практические навыки.
7.3. Устное собеседование
8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

Приложения

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.

Цель - определение соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры требованиям Государственному образовательному стандарту послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.76 «Стоматология детская».

Задачи:

— установление уровня подготовки выпускника к выполнению профессиональных задач (оценка степени сформированности всех компетенций, предусмотренных Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.76 «Стоматология детская», характеризующих готовность выпускников к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации - врач-детский эндокринолог).

— принятие решения о выдаче обучающемуся, успешно прошедшему итоговую государственную аттестацию по программе ординатуры, диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации.

2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры

Итоговая государственная аттестация относится к базовой части программы - Блок 3. итоговая государственная аттестация и завершает процесс освоения имеющих государственную аккредитацию образовательных программ ординатуры.

Итоговая государственная аттестация образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.76 «Стоматология детская» завершается присвоением квалификации " врач-детский эндокринолог ".

3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путём обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- физические лица женского пола (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку готовности выпускников, освоивших программу ординатуры, к следующим видам профессиональной деятельности:

— профилактическая;
— диагностическая;
— лечебная;
— реабилитационная;
— психолого-педагогическая;
— организационно-управленческая.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

а) готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу - УК1;

б) готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия - УК2;

в) готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование - УК3.

Профессиональные компетенции (ПК):

а) профилактическая деятельность:

1) готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания - ПК1;

2) готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией - ПК2;

3) готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях - ПК3;

4) готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медикостатистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков -
ПК4;

б) диагностическая деятельность - готовностью к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - ПК5;

в) лечебная деятельность:

1) готовностью к ведению, и лечению пациентов, нуждающихся в оказании стоматологической помощи - ПК6;

2) готовностью к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации - ПК7;

г) реабилитационная деятельность - готовностью к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторнокурортном лечении - ПК8;

д) психолого-педагогическая деятельность - готовностью к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих - ПК9;

е) организационно-управленческая деятельность:

1) готовностью к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях - ПК10;

1) готовностью к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей - ПК11.

4.Форма и структура итоговой государственной аттестации

4.1.Форма итоговой государственной аттестации

Итоговая государственная аттестация обучающихся по образовательной программе ординатуры 31.08.76 «Стоматология детская» проводится в форме государственного экзамена.

4.2.Трудоёмкость итоговой государственной аттестации

Объем итоговой государственной аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) - сдачу государственного экзамена.

4.3.Структура итоговой государственной аттестации

В Блок 3 " Итоговая Государственная аттестация" входят подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена. Перед государственным экзаменом по специальности для ординаторов проводятся предэкзаменационные консультации по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в три этапа:

1 этап - тестирование, проводится для получения сертификата специалиста, имеет целью определить готовность специалиста к самостоятельной профессиональной (медицинской) деятельности (согласно Приказу Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 31.05.2022г №477 «Об утверждении Порядка приема граждан на обучение по образовательным программам послевузовского профессионального образования – программам ординатуры, а также Порядка реализации образовательных программ послевузовского профессионального образования – программ ординатуры» (регистрационный № 11145 от 15 июля 2022 года) (САЗ 22-27)). Во время тестирования обучающийся выбирает правильный(е) ответ(ы) из предложенных нескольких вариантов ответов. Каждый обучающийся отвечает на 100 тестовых вопросов, на решение которых отводится 120 минут(2 астрономических часа).

2 этап - оценка практических навыков и умений - состоит из демонстрации практических навыков и умений, приобретенных в результате освоения программы ординатуры.

3 этап – устный экзамен по дисциплине Акушерство и гинекология с целью определения сформированности профессиональных компетенций выпускника, профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения. Каждый билет состоит из пяти теоретических вопросов, в процессе проведения государственного экзамена обучающемуся могут быть заданы уточняющие или дополнительные вопросы в рамках билета. На подготовку к ИГА ординатору выделяется 2 недели. После выбора билета ординатор готовится к ответу 30 минут, отвечает согласно регламенту 20 минут. По решению комиссии обучающийся может быть освобожден от необходимости полного ответа на вопрос билета, уточняющий или дополнительный вопрос.

Этапы государственного экзамена	Компетенции, которые оцениваются в ходе этапа
1 этап - в форме тестирование	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2,

2 этап - оценка практических навыков и умений	ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7 ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11.
3 этап – устный экзамен по дисциплине	

5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.

Проведение ИГА определяется календарным учебным графиком, выполнением индивидуального плана ординатора и расписанием ИГА.

Перед итоговой государственной аттестацией обучающиеся должны ознакомиться с программой ИГА. Подготовка к государственному экзамену может проводиться в формах, как устного повторения пройденных дисциплин (с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д.), так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.

6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации. Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

6.1. **Критерии оценки результатов тестирования**

Подведение **итогов 1 этапа в форме тестирования. Результат решения тестов оценивается по ятибалльной системе:**

- 49% и менее правильных ответов - «неудовлетворительно»;
- 50% - 70% - «удовлетворительно»;
- 71% - 84% - «хорошо»;
- 85% - 100% - «отлично».

6.2. Критерии оценки практических навыков и умений

Результаты 2 этапа определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол ИГА. Обучающиеся, получившие оценку «неудовлетворительно» к 3 этапу государственного экзамена не допускается, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений;

- «хорошо» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет;

- «удовлетворительно» - обучающийся обладает удовлетворительными теоретическими знаниями - знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний - не знает методики выполнения, практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и т.д.; и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

6.3. Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.

Результаты 3 этапа государственного экзамена определяются оценками «отлично»,

«хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «хорошо» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «удовлетворительно» - обучающийся показывает частичное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз с учетом принятой классификации. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций, демонстрируя поверхностное знание предмета;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не показывает освоение планируемых результатов обучения по пройденным темам, не может сформулировать диагноз или неправильно его ставит. Не может правильно ответить на большинство дополнительных вопросов, характеризующих уровень освоения необходимых компетенций.

7. Содержание государственного экзамена

7.1. Тестировние: Приложение 1
7.2. Практические навыки: Прилодение 2
7.3. Устное собеседование Приложение 3

8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

1. Борисова. Диагностика и лечение болевых синдромов лица и полости рта в амбулаторных условиях. Монография. Изд-пол. центр ВГУ, 2011.- 128с
2. Клиническая стоматология. Учебник / Под ред. В.Н.Трезубова и С.Д.Арутюнова. — М.: Практическая медицина, 2015.
3. Максимовский Ю.М., Митронин А.В. Детская стоматология / М.: ГэотарМедиа, 2012. – 322 с.
4. Е.В. Боровский. Детская стоматология. / Учебник для ВУЗов. Москва. 2011г
5. В.А. Клемин, А.В. Павленко, В.Н. Арендарюк и др.; под. ред. В.А. Клемина. Неотложная помощь в стоматологии / Донецк: Издатель Заславский А.Ю, 2011.
6. Организация и оснащение стоматологической поликлиники, кабинета. Санитарно - гигиенические требования. Эргономические основы работы врача-стоматолога под ред. Э. А.Базикяна. - М. : ГЭОТАР-Медиа,2016.
7. Базикян, Эрнест Арамович. Стоматологический инструментарий: цветной атлас : учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности - Стоматология / Э. А. Базикян. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 168 с.
8. Базикян, Эрнест Арамович. Практическое руководство по эндодонтии: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности - Стоматология / Э. А. Базикян, Л. В. Волчкова, Г. И. Лукина. - М. : Практическая медицина, 2007. - 112 с.
9. Неотложные состояния в амбулаторной стоматологической практике (алгоритмическое руководство) : руководство / П. И. Ивасенко [и др.]. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : Медицинская книга, 2009. - 80 с.

10. Современная реставрация зубов : пер. с англ. / Э. Дж. Э. Куалтроу [и др.] ; ред. : Т. Г. Робустова ; пер. : А. А. Титова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 208 с. - Пер.изд.: Principles of Operative Dentistry / Qualtrough A. J. E., Satterthwaite J. D., Morrow L. A. - Munksgaard
11. Детская стоматология [Электронный ресурс] : национальное руководство : приложение на компакт-диске / Ассоциация медицинских обществ по качеству (М.), Стоматологическая ассоциация Москвы (М.). - Электрон. дан. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 1 эл. опт. диск (CD-ROM): цв., зв.
12. Детская стоматология : национальное руководство / Ассоциация медицинских обществ по качеству (М.), Стоматологическая ассоциация Москвы (М.) ; ред. : Л. А. Дмитриева, Ю. М. Максимовский. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 912 с.
13. Пропедевтическая стоматология : учебник для студентов, обучающихся по специальности - Стоматология / ред. : З. А. Базикян. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 768 с.
14. Детская стоматология : учебник для студентов, обучающихся по специальности "Стоматология" / ред. : Е. В. Боровский. - М. : МИА, 2009. - 840 с.
15. Детская стоматология : учебник для студентов, обучающихся по специальности - Стоматология : в 3-х частях / ред. Г. М. Барер. - М.: ГЭОТАР-МедиаЧасть 2 : Болезни пародонта. - 2009. - 224 с.
16. Детская стоматология : учебник для студентов, обучающихся по специальности - Стоматология : в 3 частях / ред. Г. М. Барер. - М.: ГЭОТАР-Медиа. Часть 2 : Болезни пародонта. - 2008. - 224 с.
17. Детская стоматология : учебное пособие для студентов, обучающихся в учреждениях высшего профессионального образования по специальности "Стоматология" по дисциплине "Детская стоматология" : в 3-х частях / ред. Г. М. Барер. - М. : ГЭОТАР-Медиа. - ISBN 978-5-9704-1118-6 Часть 3 : Заболевания слизистой оболочки полости рта. - 2-е изд., доп. и перераб. - 2010. - 256 с.

Приложение 1

1.Наиболее распространенным путем передачи вируса простого герпеса человеку является:

а) контактный
б) половой
в) трансплацентарный
г) воздушно-капельный

2. Чаще воспаляется:

а) подъязычная слюнная железа
б) подчелюстная слюнная железа
в) малые слюнные железы на губе
г) слюнные железы на языке
д) околоушная слюнная железа

3.Наиболее вероятной причиной лимфаденита поднижнечелюстных лимфатических узлов у ребенка в возрасте 5-9 лет является:

а) инфекционная причина
б) дерматогенная причина
в) травматическая причина
г) тонзиллогенная причина
д) одонтогенная причина

4.Как следует проводить очистку, обработку и стерилизацию стоматологических наконечников?

а) обязательная стерилизация
б) достаточно дезинфекции
в) необходима предстерилизационная подготовка с последующей дезинфекцией
г) обязательная дезинфекция и стерилизация
д) стерилизация с предварительной предстерилизационной подготовкой

5.Ортопантомографию челюстей в сменном прикусе используют:

а) для определения размеров челюстей
б) для диагностики очагов одонтогенной инфекции
в) для определения состояния суставов
г) для определения наличия зачатка постоянных зубов
д) для всего вышеперечисленного

6. Частым лимфаденитам в детском возрасте способствует:

а) большая распространенность кариеса у детей
б) частота заболеваний инфекционными болезнями и заболевания ЛОР-органов
в) трудности диагностики
г) частые повреждения челюстно-лицевой области
д) функциональное и морфологическое несовершенство лимфатических узлов у детей

7.Для профилактики аномалий прикуса в работу детского стоматолога при санации полости рта дошкольников следует включить:

а) устранение вредных привычек
б) коррекцию неправильных окклюзионных контактов
в) тренировку носового дыхания
г) применение стандартных вестибулярных пластинок
д) все вышеперечисленное

8. Зубом, вызвавшим одонтогенный острый периостит и обязательно подлежащим удалению, является:

а) постоянный моляр
б) постоянный резец
в) любой
г) никакой
д) временный моляр

9.Для определения методов эффективной индивидуальной профилактики кариеса зубов в комплексное обследование ребенка целесообразно включить:

а) физическое состояние (уровень соматического здоровья)

б) исследование зубного налета
в) исследование твердых тканей зубов
г) исследование слюны
д) все вышеперечисленное

10.В возрасте до 7 лет причиной одонтогенной инфекции чаще является:
а) постоянный моляр
б) временные резцы
в) временные клыки
г) второй временный моляр
д) первый временный моляр

11.Из анамнеза ребенка с гипоплазией постоянных зубов необходимо обратить внимание:
а) на состояние здоровья матери в период беременности
б) на здоровье ребенка на первом году жизни
в) на наличие у матери проф.вредностей
г) на характер течения родов
д) на все перечисленные выше моменты

12.Свищ в своде преддверия рта может быть симптомом:
а) хронического периодонтита
б) хронического периодонтита с вовлечением зачатка постоянного зуба (остит)
в) хронического остеомиелита
г) одонтогенной кисты
д) любого из перечисленных

13.Наиболее прочно герметизирует фиссуры:
а) амальгама
б) стеклоиономерный цемент
в) композиционный материал
г) фтористый фосфат-цемент
д) твердеющий лак

14. Абсолютным показанием к удалению временного зуба является:
а) возраст, соответствующий физиологической смене зубов
б) наличие периодонтита
в) наличие свища
г) рентгенологически определяемое вовлечение в процесс зачатка постоянного зуба

15.Определяющим для выбора хирургического метода лечения периодонтита временного зуба является:
а) возраст до 7 лет
б) хроническое течение заболевания
в) степень активности кариеса
г) групповая принадлежность зубов
д) не назван

16.Показанием к покрытию зубов фторсодержащими лаками в лечебных целях является:
а) флюороз
б) очаговая деминерализация
в) очаговая гипоплазия
г) поверхностный кариес
д) несовершенный амелогенез

17.Покрытие зубов фторсодержащими лаками в целях первичной профилактики показано:
а) временные зубы в 5-6 лет
б) временные и постоянные зубы на 1-3 году после прорезывания
в) постоянные зубы в 12-15 лет
г) все зубы, имеющиеся во рту при сменном прикусе
д) определяется индивидуально

18.Показанием к заливке фиссур является:
а) возраст ребенка

б) глубина фиссур
в) форма фиссур
г) "возраст" зуба
д) все перечисленное

19.Укажите метод обработки каналов наиболее целесообразный при лечении хронического гранулирующего периодонтита в зубе с плохо проходимыми каналами:

а) метод серебрения
б) метод диатермокоагуляции
в) электрофорез
г) резорцин-формалиновый метод

20.Причинами гипоплазии тканей временных зубов являются:

а) пониженное содержание фтора в питьевой воде
б) отягощенная наследственность
в) замедленное прорезывание зубов
г) кариесогенные факторы
д) нарушение внутриутробного развития зубочелюстной системы

21.Клиническими формами, общими для гипоплазии и кариеса, являются:

а) пятно
б) изменение формы
в) аплазия эмали
г) полосы
д) все перечисленные выше

22.Наиболее рациональным методом лечения начального кариеса является:

а) иссечение патологически измененных тканей с последующим пломбированием
б) аппликация реминерализующих растворов
в) электрофорез препаратов кальция и фтора
г) гигиена полости рта с использованием лечебно-профилактических зубных паст
д) все перечисленное выше

23.Укажите наиболее эффективный и доступный метод диагностики очаговой деминерализации:

а) визуальный метод
б) метод витальной окраски
в) метод рентгенологического исследования
г) метод волоконной оптики
д) все перечисленные

24.Наиболее эффективной методикой при лечении среднего кариеса у детей с третьей степенью активности является:

а) применение кальцийсодержащих препаратов в виде лечебной прокладки перед устранением дефекта постоянным пломбировочным материалом
б) применение лечебной прокладки из фосфат цемента, содержащего серебро
в) применение в первое посещение раствора антибиотиков под временную повязку, а во второе посещение - кальцийсодержащих препаратов в виде лечебной прокладки
г) отсроченный метод лечения, заключающийся в наложении эвгеноловой пасты, сроком на 1-1.5 мес.
д) не названа

25.При диагностике кариеса к рентгенологическому исследованию прибегают:

а) для диагностики скрытых кариозных полостей
б) для определения глубины распространения кариозного процесса
в) для диагностики вторичного кариеса
г) для диагностики кариеса у детей с пороками формирования зубов
д) при всех перечисленных выше ситуациях

26.Наиболее часто в молочных зубах встречается:

а) глубокий кариес
б) кариес в стадии пятна
в) средний кариес
г) поверхностный кариес
д) все вышеперечисленное

27. Имеются ли показания для односеансного метода лечения периодонтита постоянного однокорневого зуба при периостите?

а) нет, такой зуб подлежит удалению
б) да, надо запломбировать канал и сделать разрез
в) да, надо провести тщательную инструментальную обработку и запломбировать канал
г) нет, ибо целесообразнее вначале ликвидировать периостит и раскрыть зуб

28.Кариес может возникнуть в результате действия таких причин как:

а) оптимальное содержание фтора в питьевой воде
б) отягощенная наследственность
в) замедленное прорезывание зубов
г) кариесогенные факторы
д) нарушение внутриутробного формирования челюстной системы плода

29. Для хронического гипертрофического пульпита характерно:

а) зондирование безболезненно в полости зуба и каналах
б) коронковая пульпа некротизированна, корневая болезненна
в) определяется сообщение кариозной полости с полостью зуба, зондирование безболезненное
г) кариозная полость имеет точечное сообщение с полостью зуба, зондирование резко болезненное
д) разрастание кровоточащей ткани из полости зуба в кариозную полость

30.Завершающую обработку пломбы из композиционного материала после полимеризации можно начинать:

а) непосредственно сразу
б) через 1 минуту
в) через 2 минуты
г) через 6-10 минут
д) через 24 часа

31.Чтобы тщательно перемешать адгезионные смолы (типа "Стомадент") перед нанесением на протравленную эмаль достаточно:

а) 10 секунд
б) 30 секунд
в) 1 минута
г) 5 секунд
д) 2 минуты

32.Правильный и рациональный выбор постоянного пломбировочного материала для лечения кариеса зубов у детей зависит:

а) от степени активности кариеса зубов у детей
б) только от физико-механических свойств применяемого материала
в) зависит от расположения полости на поверхности зуба (учитывая классификацию Блэка)
г) зависит от степени токсичности пломбировочного материала
д) зависит от возраста ребенка

33. Всегда протекает с сообщением кариозной полости с полостью зуба:

а) острый общий пульпит
б) хронический фиброзный пульпит
в) хронический гангренозный пульпит
г) хронический гипертрофический пульпит

34. Скорее всего подтвердит диагноз пульпита у детей:

а) рентгенологическое исследование
б) ЭОД
в) анализ крови
г) реакция на температурные раздражители

35. Обязательно ли покрытие прокладочного материала в полости зуба адгезивом перед нанесением композита?

а) обязательно, т.к. увеличивается сила адгезии пломбировочного материала в этом участке
б) не нужно

в) не имеет значения
г) нужно для некоторых поколений композитов
д) резко ухудшает адгезию материала

36.Кислотное травление эмали применяется:
а) для удаления бляшек с поверхности эмали
б) для создания химической адгезии
в) для создания участка микроретенции
г) для улучшения физико-механических свойств материала
д) все вышеперечисленные

37.Укажите пломбировочный материал для лечения фронтальной группы постоянных зубов:
а) пломбировочные материалы на основе акриловых смол
б) подбирается по индивидуальным показаниям
в) композиционные пломбировочные материалы
г) иономерные цементы
д) силикатные цементы

38. Формирование корней 11, 21, 31, 41 зубов заканчивается:
а) в возрасте 8-9 лет
б) в возрасте 10-12 лет
в) в возрасте 10-13 лет
г) в возрасте 11-12 лет
д) в возрасте 9-10 лет

39.Наиболее длительной бактерицидностью обладает:
а) резорцин-формалиновая паста
б) серебряная паста Гениса
в) эвгеноловая паста
г) эндометазоновая паста
д) паста АН-26

40.Временные зубы у детей имеют:
а) большую пульповую камеру, узкие каналы
б) маленькую пульповую камеру, широкие каналы и большое верхушечное отверстие
в) пульповая камера не сформирована
г) маленькая пульповая камера, узкие каналы и узкое верхушечное отверстие
д) большую пульповую камеру, широкие каналы

41. Какая из паст для корневых каналов зубов с незаконченным ростом корней и сохранением ростковой зоны является наиболее эффективной при лечении хронических периодонтитов постоянных зубов у детей?
а) резорцин-формалиновая паста
б) серебряная паста Гениса
в) эвгеноловая паста
г) кальмецин
д) ни одна из перечисленных

42.Какой из пломбировочных материалов не может быть применен для пломбирования корневых каналов фронтальной группы зубов?
а) гуттаперчевый штифт
б) эндодент
в) парацин
г) цинк-фосфат
д) эндометазоновая паста

43. Несформированный корень зуба на рентгенограмме проецируется:
а) обычной длины
б) длина корня меньше удвоенной высоты коронки зуба
в) канал корня обычной ширины
г) верхушка корня заостренная, апикальное отверстие узкое
д) канал корня широкий, заканчивается "раструбом" (расширением просвета канала)

44.Герметики-силанты применяются:

а) только с профилактической целью
б) только с лечебной целью
в) с лечебно-профилактической целью
г) с эстетической целью
д) ни одна из выше перечисленных

45.Основным удерживающим моментом герметиков-силантов в фиссурах зубов является:

а) механическая микроретенция (проникновение материала в протравленную кислотой эмаль)
б) химическое соединение с твердыми тканями зубов
в) удержание за счет неровностей и углублений в фиссурах
г) удержание за счет правильно сформированной полости зуба
д) ни один из выше перечисленных

46.Возможно ли применение иономерных цементов с целью герметизации фиссур у детей?

а) возможно, т.к. материал химически соединяется с тканями зуба
б) невозможно, т.к. материал плохо адгезируется с твердыми тканями зубов
в) невозможно, т.к. обладает малой прочностью
г) возможно только в случаях неполностью сформированных фиссур у детей
д) невозможно, т.к. иономерные цементы обладают повышенной токсичностью

47.Какой из перечисленных пломбировочных материалов наиболее эффективно предотвращает развитие вторичного кариеса зубов?

а) цинк фосфат цемент, содержащий серебро
б) эвикрол
в) силицин
г) амальгама
д) все вышеперечисленные

48. Какие рекомендации необходимо дать родителям ребенка 1,5 лет, имеющему пятна и множественные дефекты твердых тканей на фронтальных зубах, в первую очередь?

а) обычная гигиена полости рта
б) рациональное употребление углеводов
в) прием фторсодержащих таблеток
г) гигиена полости рта с фторсодержащей пастой
д) гигиена полости рта с кальцийсодержащим раствором

49.Осложнения, возникшие при биологических методах лечения пульпита, связаны:

а) с ошибками диагноза
б) с неправильным выбором лекарственного препарата
в) с плохой фиксацией пломбы
г) с нарушением правил антисептики
д) со всем перечисленным

50.Укажите наиболее рациональный и эффективный метод лечения воспаления пульпы временных зубов у детей в возрасте от 4 до 7 лет:

а) биологический метод
б) метод девитализации с последующей мумификацией
в) метод прижизненной ампутации
г) метод полного удаления пульпы (экстирпация)
д) не назван

51.Какой из методов лечения воспаления пульпы постоянных зубов у детей предусматривает сохранение жизненности корневой пульпы?

а) биологический метод
б) метод прижизненной ампутации
в) метод девитальной ампутации
г) комбинированные методы
д) не назван

52.Ведущей причиной, указывающей на ограниченность применения биологического метода лечения воспаления пульпы молочных зубов в широкой стоматологической практике, является:

а) отсутствие объективных тестов для диагностики пульпитов молочных зубов, позволяющих определить характер и степень распространения патологического очага

б) недостаточная эффективность методов обезболивания, позволяющих безболезненно обрабатывать кариозную полость, а также при необходимости ампутировать коронковую часть пульпы

в) отсутствие надежных пломбировочных материалов, позволяющих при относительно небольших дефектах коронок молочных зубов изолировать пульпу от вторичного инфицирования

г) все вышеперечисленные причины

д) не названа

53. Дифференциальным симптомом между острым пульпитом и периодонтитом временного зуба является:

а) боль от температурных раздражителей

б) боль при касании языком, инструментом и малейшей перкуссии зуба

в) наличие вскрытой полости зуба

г) наличие закрытой полости зуба

д) не названы

54.После лечения пульпита у ребенка методом девитальной ампутации с проведением резорцин-формалинового метода в зубе отмечается боль от холодного, горячего, при накусывании на зуб. Боли возникли за счет:

а) грубой механической травмы пульпы при лечении

б) раздражения пульпы медикаментами

в) некроза пульпы

г) хронического воспаления корневой пульпы

д) распада корневой пульпы

55. В каких случаях при наличии пятен на эмали зубов показана ремтерапия?

а) флюороз

б) мраморная эмаль

в) гипоплазия системная

г) гипоплазия местная (очаговая)

д) очаговая деминерализация

56.Какую тактику следует предпочесть в случаях болевых ощущений при зондировании и кровоточивости из корневого канала в зубе ранее леченном по поводу пульпита с давно выпавшей пломбой?

а) удалить зуб, ибо в дальнейшем грануляционная ткань резорбирует дентин и цемент зуба

б) применить мышьяковистою пасту, поскольку лечить такой зуб надо как пульпитный

в) провести диатермокоагуляцию и непосредственное пломбирование

г) провести под обезболиванием тщательную инструментальную, медикаментозную обработку и запломбировать канал

д) не названа

57.Можно ли пломбировать каналы нетвердеющими пастами при лечении хронических гранулирующих периодонтитов?

а) можно, ибо контакт с тканями воспаленного периодонта дает лечебный эффект и будет способствовать его регенерации

б) не следует, потому что эти пасты будут быстро рассасываться за счет грануляционной ткани

в) можно и нужно, поскольку всегда есть возможность исправить дефекты пломбирования, а при наличии свищевого хода тем более целесообразно, ибо лекарственные вещества, входящие в состав пасты, будут способствовать его закрытию

г) нет, т.к. при пломбировании этими пастами нельзя добиться герметичности

д) не названо

58.Чем объяснить отсутствие успеха в лечении хронических периодонтитов при пломбировании на уровне верхушечного отверстия канала однокорневого зуба?

а) дельтавидным разветвлением макроканала

б) плохой предварительной медикаментозной обработкой

в) отсутствием герметичности пломбирования канала и снижением реактивности организма

г) плохой инструментальной обработкой канала

д) все перечисленные

59.Какая из паст для корневых каналов зубов с незаконченным ростом корней и сохранением зоны роста является наиболее эффективной при лечении хронических периодонтитов постоянных зубов у детей?

а) серебряная паста Гениса
б) резорцин-формалиновая паста
в) эвгеноловая паста
г) иодоформная паста
д) не названа

60.Наиболее эффективным пломбировочным материалом для корневых каналов при лечении хронических периодонтитов в зубах с незаконченным ростом корней и погибшей ростковой зоной является:

а) эвгеноловая паста
б) резорцин-формалиновая паста
в) материал на основе эпоксидной смолы "эндодент"
г) серебряная паста Гениса
д) не назван

61.Ведущим при лечении хронических периодонтитов постоянных зубов у детей является:

а) инструментальная обработка корневых каналов
б) медикаментозная обработка корневых каналов зубов
в) применение физиотерапевтических методов лечения
г) использование при лечении сильнодействующих препаратов для дезинфекции корневых каналов
д) не названо

62. Укажите наиболее простую и эффективную методику подготовки зубов к аппликационной терапии:

а) гигиеническая обработка зубов специальным абразивным порошком
б) обработка зубов 2% раствором перекиси водорода
в) гигиеническая обработка зубов специальными приспособлениями и инструментами
г) гигиеническая обработка зубов с помощью зубной щетки и пасты

63.Самым эффективным видом консервативного лечения хронических периодонтитов молочных зубов у детей является:

а) метод полного удаления распада из корневых каналов (инструментальная обработка) с последующим воздействием лекарственными веществами на стенки полости зуба, периодонта и окружающие ткани и пломбирование корневых каналов
б) резорцин-формалиновый метод
в) физиотерапевтический метод
г) фенол-формалиновый метод
д) не назван

64.Ведущим показанием к удалению молочного зуба с хроническим периодонтитом является:

а) возраст ребенка
б) сроки прорезывания постоянного зуба заместителя
в) характер деструктивных изменений в периодонте и степень распространения патологического процесса на фолликулы и зачатки постоянных зубов
г) наличие свищевого хода (на альвеолярном отростке челюсти в области больного зуба)
д) не названо

65.При хроническом гранулирующем периодонтите постоянного многокорневого зуба, если длина корней этого зуба соответствует 1/2 предполагаемой его длины, методом лечения является:

а) резекция верхушек корней
б) удаление зуба
в) консервативный, с пломбированием на всю длину корней
г) консервативный с последующим пломбированием корневых каналов с выведением за верхушку пломбировочного материала
д) гемисекция

66.При хроническом гранулирующем периодонтите зуба с несформированной верхушкой корня методом лечения является:

а) удаление зуба
б) резекция верхушки корня

в) пломбирование корня до верхушки нетвердеющими пастами
г) пломбирование корневого канала твердеющими пастами до верхушки
д) пломбирование корневого канала твердеющими пастами с длительным антисептическим действием за верхушки

67. Покрывать зубы фторсодержащими лаками в лечебных целях нужно:
а) ежедневно в течении 12-15 дней
б) один раз в месяц
в) один раз в год
г) три-четыре сеанса с недельным интервалом
д) определяется индивидуально

68.При какой форме периодонтита наблюдается боль при зондировании и кровоточивость из канала?
а) при хроническом фиброзном периодонтите
б) при кистогранулеме
в) при хроническом гранулирующем периодонтите
г) при хроническом гранулематозном периодонтите
д) не названа

69.Резорцин-формалиновая паста является лучшим материалом для пломбирования корневых каналов
а) при инструментально-доступных каналах
б) при инструментально-недоступном канале
в) при инструментально-недоступном канале моляров
г) при фиброзном периодонтите

70.Резкую боль при зондировании и кровоточивость при хроническом гранулирующем периодонтите можно объяснить
а) обострением воспалительного процесса
б) врастанием грануляционной ткани в канал
в) неправильным лечением
г) применением сильнодействующих препаратов
д) не назван

71.Является ли выведение фосфат-цемента за верхушку зуба при лечении хронических периодонтитов методом активной их терапии?
а) да, потому что фосфат-цемент стимулирует регенерацию костной ткани
б) нет, потому что он не дает полного герметизма корневых каналов
в) нет, ибо он является инородным телом и препятствует регенерации тканей периодонта
г) нет, т.к. цемент резко раздражает окружающие верхушки корня зуба ткани
д) не назван

72.Можно ли острый гнойный периодонтит фронтального зуба запломбировать в первое посещение больного?
а) нет, ибо необходимо создать отток из очага воспаления, для чего зуб оставляют открытым
б) да, при условии хорошего освобождения канала и выведении антибиотиков в периапикальные ткани
в) да, если есть показания к разрезу по переходной складке
г) да, при выведении за верхушку кортикостероидов
д) не назван

73.Какой метод обработки каналов наиболее целесообразен при лечении хронического гранулирующего периодонтита в зубе с плохо проходимыми каналами?
а) метод серебрения
б) резорцин-формалиновый метод
в) метод диатермокоагуляции
г) электрофорез
д) не назван

74.Для лечения периодонтита сформированного зуба не используется:
а) пломбирование канала кальцийсодержащими препаратами
б) антимикробная обработка корневых каналов
в) противовоспалительная терапия
г) трансканальное введение препаратов, способствующих регенерации тканей

д) диатермокоагуляция

75.Какие средства гигиены вы назначите младшему школьнику с интактными зубами, живущему в местности с оптимальным содержанием фтора в питьевой воде?

а) лечебно-профилактическую зубную пасту, содержащую фтор
б) гигиенический зубной порошок
в) лечебно-профилактическую зубную пасту, содержащую фосфорно-кальциевые соли
г) лечебно-профилактическую зубную пасту, содержащую экстракт лечебных трав
д) гигиеническую зубную пасту

76.Какой из инструментов набора для эндодонтии является самым эффективным при расширении корневых каналов зубов?

а) пульпоэкстрактор
б) дрильбор
в) корневой бурав
г) развертка
д) не назван

77. Без прокладки для лечения постоянных несформированных резцов можно применить:

а) силидонт
б) силицин
в) эвикрол
г) стомадент
д) фосфатные цементы

78.Какой из инструментов набора для эндодонтии предназначен для раскрытия верхушки корня зуба?

а) дрильбор
б) резвертка
в) корневой бурав
г) глубиномер
д) не назван

79.Характерными симптомами для хронического течения верхушечного периодонтита являются:

а) гиперемия и отек переходной складки
б) пульпа зуба некротизирована
в) постоянная ноющая боль
г) пульпа зуба без изменений
д) боли при накусывании

80.На какой стадии формирования зачатка постоянного зуба возможно развитие местной гипоплазии эмали при хроническом периодонтите молочного зуба?

а) до начала минерализации коронки зуба
б) в период минерализации коронки зуба
в) после полного формирования коронки зуба
г) все вышеизложенные
д) ни одно из вышеизложенных

81.Какие мероприятия по неотложной помощи необходимо провести при остром течении периодонтита или его обострении?

а) препарировать кариозную полость
б) пломбирование канала
в) проведение резорцин-формалинового метода
г) расширение каналов
д) обеспечить отток экссудата через каналы корней зубов

82.К показаниям к выбору метода лечения хронического периодонтита молочных зубов у детей относятся:

а) характер деструктивных изменений в периодонте, степень распространения патологического процесса
б) возраст ребенка
в) сроки прорезывания постоянного зуба заместителя
г) наличие свищевого хода на альвеолярном отростке челюсти в области больного зуба
д) все вышеперечисленное

83.Наиболее часто обусловливает раннее удаление молочного зуба:

а) идиопатическая резорбция
б) резорбция в результате новообразований
в) патологическая резорбция при хроническом воспалении
г) физиологическая резорбция
д) все вышеперечисленное

84.Завершенным лечение ребенка по поводу периодонтита постоянного зуба можно считать:

а) сразу после пломбирования
б) после рентгенологического контроля за качеством пломбирования корневых каналов
в) через 7 дней после пломбирования зуба
г) через месяц после пломбирования зуба
д) через 3-6 месяцев после пломбирования зуба

85. При лечении глубокого кариеса применяются следующие лечебные прокладки:

а) формальдегид-содержащие пасты без резорцина
б) серебренная паста Гениса
в) паста формалин-резорциновая
г) кальмецин

86.Острый герпетический стоматит - это

а) повреждение слизистой оболочки полости рта
б) заболевания слизистой оболочки полости рта
в) изменение слизистой оболочки полости рта
г) острое респираторное заболевание
д) рецидивирующее заболевание слизистой оболочки полости рта

87. Режущие инструменты и зеркала после стерилизации следует хранить?

а) в 96% спирте
б) в 70% спирте
в) в 6% растворе перекиси водорода
г) в 3% растворе перекиси водорода

88.При остром герпетическом стоматите встречается:

а) корочка
б) волдырь
в) пузырек
г) гнойничок
д) узелок

89.Появлению острого герпетического стоматита способствуют:

а) переохлаждение
б) прием иммунодепрессантов
в) эмоциональные и гормональные сдвиги
г) любое перенесенное заболевание
д) каждый из перечисленных

90. Материал для лечения глубокого кариеса должен обладать:

а) хорошей пластичностью, быстрым твердением
б) быть механически прочным, высоко адгезивным
в) не обладать пористостью
г) не обладать токсичностью
д) обладать противовоспалительным и одонтотропным действием

91.Первыми клиническими признаками острого герпетического стоматита средней тяжести у детей являются:

а) повышение температуры тела
б) нарушение поведения малыша: вялость, сонливость
или повышенная возбудимость, плач, беспокойный сон и др.
в) диспептические явления: отказ от еды, рвота, жидкий стул
г) лимфаденит поднижнечелюстных, подбородочных, шейных узлов, гингивит
д) пузырьковые высыпания на коже, единичные и множественные афты на слизистой рта

92. При хроническом гранулирующем периодонтите на рентгенограмме:

а) расширение периодонтальной щели у верхушки корня зуба

б) очаг разрежения костной ткани округлой или овальной формы с четкими границами размером свыше 1 см в диаметре

в) разрежения костной ткани нет

г) очаг разрежения костной ткани округлой или овальной формы с четкими границами, размером до 5 мм

д) очаг разрежения костной ткани разных размеров без четких границ

93.В процессе лечения детей с заболеваниями краевого пародонта наиболее целесообразно применять:

а) лечебные зубные пасты

б) гигиенические зубные пасты

в) эликсиры

г) зубные порошки

д) дезодоранты для полости рта

94. Наиболее частая форма периодонтита у детей любого возраста во временных зубах:

а) острый токсический периодонтит

б) хронический гранулематозный периодонтит

в) хронический фиброзный периодонтит

г) хронический периодонтит в стадии обострения

д) хронический гранулирующий периодонтит

95.В возникновении пародонтита первичны

а) воспаление

б) деструкция

в) пролиферация

г) ни один из перечисленных

д) любой из перечисленных

96. Пародонтальным карманом является:

а) физиологический десневой карман

б) ложный патологический

в) истинный патологический зубодесневой карман

г) ни один из перечисленных

97.О наличии истинного патологического зубодесневого кармана у детей надежно свидетельствует:

а) подвижность зуба

б) глубина зубодесневого кармана свыше 4 мм

в) рентгенологические симптомы патологии пародонта

г) любой из названных

д) ни один из названных

98.На рентгенограмме челюстей ребенка отсутствует твердая замыкающая пластинка межальвеолярных перегородок:

а) при гингивите

б) при пародонтите

в) при любой из перечисленных

г) при пародонтозе

д) при пародонтите, пародонтозе, а также при гингивите, если корни зубов еще не сформированы

99.Обязательным в профилактике заболеваний пародонта у детей является:

а) гигиеническое обучение уходу за полостью рта

б) диспансеризация детей с системными заболеваниями организма

в) профилактика аномалий прикуса

г) выявление и коррекция аномалийного прикрепления мягких тканей к костному скелету лица

д) все перечисленное

100. Язвенно-некротические поражения слизистой оболочки рта наблюдаются:

а) при гиповитаминозах

б) при хроническом гипоацидном гастрите

в) при компенсированных заболеваниях почек
г) при хроническом бронхите
д) при заболеваниях крови и кроветворных органов

Приложение 2

1.Проведение сбора жалоб и анамнеза стоматологического пациента.
2. Проведение внешнего осмотра челюстно-лицевой области стоматологического пациента.
3. Проведение осмотра полости рта.
4. Зондирование кариозной полости, некариозных поражений.
5. Перкуссия зубов.
6. Определение чувствительности зубов на холод (термопробы).
7 Определение индекса гигиены.
8. Заполнение истории болезни стоматологического больного.
9. Заполнение формы №37 и №39.
10. Профилактическая обработка зубов противокариозными средствами.
11. Реминерализирующая терапия кариеса зубов в стадии пятна и оценка ее эффективности.
12. Препарирование кариозной полости I класса по Блэку.
13. Препарирование кариозной полости II класса по Блэку.
14. Препарирование кариозной полости III класса по Блэку.
15. Препарирование кариозной полости IV класса по Блэку.
16. Препарирование кариозной полости V класса по Блэку.
17. Промывание и высушивание кариозной полости.
18. Наложение на дно кариозной полости лечебных прокладок, наложение изолирующих прокладок из цинк-фосфатного, стеклоиономерного цемента.
19. Протравливание эмали и дентина.
20. Нанесение на стенки кариозной полости бонда.
21. Пломбирование кариозной полости I класса по Блэку фотокомпозитами.
22. Пломбирование кариозной полости II класса по Блэку фотокомпозитами.
23. Пломбирование кариозной полости III класса по Блэку фотокомпозитами.
24. Пломбирование кариозной полости IV класса по Блэку фотокомпозитами.
25. Пломбирование кариозной полости V класса по Блэку фотокомпозитами.
26. Пломбирование кариозной полости I класса по Блэку композитом химического отверждения
27. Пломбирование кариозной полости I класса по Блэку стеклоиономерным цементом.
28. Наложение и укрепление матрицы, матрицедержателя при пломбировании кариозных полостей II класса по Блэку,
29. Наложение клина при пломбировании кариозных полостей II класса по Блэку,
30. Пломбирование кариозной полости II класса по Блэку композитом химического отверждения
31. Пломбирование кариозной полости II класса по Блэку, используя открытую сэндвич-технику.
32. Пломбирование кариозной полости II класса по Блэку, используя закрытую сэндвич-технику.
33. Пломбирование кариозной полости V класса по Блэку стеклоиономерным цементом.
34. Пломбирование кариозной полости V класса по Блэку цинк-фосфатным цементом.
35. Восстановление зубов при клиновидных дефектах, эрозиях твердых тканей
36. Финишная обработка пломб.
37.Вскрытие полости зуба, наложение девитализирующей пасты и временной пломбы.
38. Вскрытие и раскрытие полости зуба в моляре, нахождение устьев корневых каналов.
39. Вскрытие и раскрытие полости зуба в премоляре, нахождение устьев корневых каналов.
40. Вскрытие и раскрытие полости зуба в резце, нахождение корневого канала.
41. Удаление распада пульпы из коронковой части полости зуба и корневых каналов
42. Определение рабочей длины корня.
43. Расширение устьев и инструментальная обработка корневых каналов в моляре (по методике step-back).
44. Расширение устьев и инструментальная обработка корневых каналов в премоляре (по методике step-back)
45. Расширение устьев и инструментальная обработка корневых каналов в моляре (по методике Crown Down).
46. Расширение устьев и инструментальная обработка корневых каналов в премоляре (по методике Crown Down)
47. Временное пломбирование корневых каналов пастами, содержащими гидроокись кальция.
48. Пломбирование корневых каналов пастой.
49. Пломбирование корневых каналов моляра методом латеральной конденсации
50. Пломбирование корневых каналов премоляра методом латеральной конденсации
51. Пломбирование корневого канала резца методом латеральной конденсации
52. Использование анкерных штифтов при пломбировании кариозных полостей
53. Описание данных прицельных рентгеновских снимков зубов, ортопантомограмм
54. Дать оценку качества пломбирования корневых каналов
55. Избирательное пришлифовывание зубов и шинирование в комплексном лечении заболеваний пародонта.
56. Проведение профессиональной гигиены полости рта
57. Определение степени подвижности зубов.
58. Удаление наддесневых зубных отложений ручным способом

59. Удаление поддесневых зубных отложений ручным способом
60. Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений при помощи скаллера
61. Проведение аппликации, инстилляции лекарственного средства при болезнях пародонта
62. Наложение лечебной повязки при болезнях пародонта
63.Местная обработка патологически измененных участков слизистой оболочки полости рта соответствующими средствами.
64. Инъекции лекарственных средств по показаниям в подслизистый слой.
65. Пломбирование корневых каналов постоянных зубов с несформированными корнями.
66. Проведение аппликационной анестезии.
67. Проведение местной инфильтрационной анестезии.
68. Проведение интралигаментарной анестезии
69. Проведение интрасептальной анестезии
70. Проведение внутрипульпарной анестезии.
71. Оказание экстренной помощи при обмороке.
72. Оказание первой медицинской помощи при гипертоническом кризе.
73.Проведение профилактических осмотров пациентов, выявление патологии и нуждаемости в стоматологическом лечении.
74. Запечатывание фиссур герметиками
75. Обучение гигиене полости рта.

Приложение 3

1. Некариозные поражения, возникающие до прорезывания зубов (гипоплазия, гиперпластические процессы, наследственные поражения). Этиология, клиника, лечение, профилактика.
2. Флюороз. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
3. Некариозные поражения, возникающие после прорезывания зубов: клиновидный дефект, эрозия эмали. Этиология, клиника, лечение, профилактика.
4. Некариозные поражения, возникающие после прорезывания зубов: гиперестезия.
Этиология, клиника, комплексное лечение, профилактика.
5. Некроз твердых тканей зубов. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
6. Травма зубов. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Реставрация коронковой части зуба композиционными материалами. Парапульпарные и внутрипульпарные штифты.
7. Кариес. Определение. Классификация по Т.Ф. Виноградовой.
8. Эмаль, дентин, цемент зуба. Строение, функции.
9. Современные взгляды на этиологию и патогенез кариеса зубов.
10. Теории происхождения кариеса зубов (И.Г. Лукомский, Д.А. Энтин, Миллер и др.).
11. Роль иммунных механизмов в развитии кариеса и его осложнений.
12. Кариес в стадии пятна. Клиника, методы диагностики, дифференциальная диагностика, патологическая анатомия, лечение.
13. Поверхностный кариес. Клиника, методы диагностики, дифференциальная диагностика, патологическая анатомия, лечение.
14. Средний кариес. Клиника, методы диагностики, дифференциальная диагностика, патологическая анатомия, лечение.
15. Глубокий кариес. Клиника, методы диагностики, дифференциальная диагностика, патологическая анатомия, лечение. Изменения пульпы при кариесе. Профилактика осложнений при лечении глубокого кариеса.
16. Современные реставрационные материалы. Классификация, показания к применению.
17. Методика реставрации зубов современными пломбировочными материалами.
18. Ошибки и осложнения при лечении кариеса молочных и постоянных зубов.
19. Профилактика кариеса молочных и постоянных зубов. Основные принципы построения профилактической работы.
20. Гигиена полости рта, ее лечебно-профилактическое значение. Индекс гигиены по Федорову-Володкиной.
21. Показатели стоматологической заболеваемости (распространенность, интенсивность,
нуждаемость в лечении). Плановая санация полости рта. Организационные формы плановой санации.
22. Качественные показатели работы врача-стоматолога детского.
23. Принципы организации работы детского отделения стоматологической поликлиники.
Учетно-отчетная документация.
24. Анатомо-физиологические особенности строения пульпы. Функции пульпы.
25. Анатомия полости зуба и корневых каналов. Методы измерения рабочей глубины корневого канала.
26. Острый пульпит молочных зубов. Этиология, клиника и лечение.
27. Хронический пульпит молочных зубов. Этиология, клиника и лечение.
28. Острый очаговый пульпит. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
29. Острый диффузный пульпит. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
30. Хронический фиброзный пульпит. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
31. Хронический гипертрофический пульпит. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
32. Хронический гангренозный пульпит. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
33. Особенности лечения пульпита постоянных зубов с несформированными корнями.
34. Биологический метод лечения пульпита. Показания, противопоказания, методика проведения, ошибки и осложнения.
35. Витально-ампутационный метод лечения пульпита. Показания, противопоказания, методика проведения, ошибки и осложнения.
36. Витально-экстирпационный метод лечения пульпита. Показания, противопоказания, методика проведения, ошибки и осложнения, их профилактика.
37. Девитально-ампутационный метод лечения пульпита. Импрегнационные методы. Показания, механизм действия. Ошибки и осложнения.
38. Девитально-экстирпационный метод лечения пульпита. Показания, методика проведения, ошибки и осложнения.
39. Ошибки и осложнения при лечении пульпита молочных и постоянных зубов.

40. Анатомо-физиологические особенности строения периодонта. Функции периодонта.
41. Острый верхушечный периодонтит. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
42. Хронический фиброзный периодонтит. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
43. Хронический гранулирующий периодонтит. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
44. Хронический гранулематозный периодонтит. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
45. Особенности лечения периодонтитов постоянных зубов с несформированными корнями.
46. Эндодонтический инструментарий. Классификация, назначение, стандартизация.
47. Инструментальная обработка (препарирование) корневого канала. Методики.
48. Медикаментозная обработка корневого канала.
49. Пломбирование корневого канала. Пломбировочные материалы для корневых каналов. Штифты, методы пломбирования штифтами.
50. Ошибки и осложнения эндодонтического лечения молочных и постоянных зубов.
51. Анатомо-физиологические особенности строения пародонта. Функции пародонта.
52. Назубные отложения, их роль при патологии болезней пародонта. Способы выявления зубных отложений. Оценка гигиенического состояния полости рта.
53. Классификация заболеваний пародонта. Современные представления об этиологии и патогенезе заболеваний пародонта.
54. Методы обследования больных с патологией пародонта.
55. Гипертрофический гингивит. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
56. Катаральный гингивит. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
57. Пародонтит. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика.
58. Дифференциальная диагностика заболеваний пародонта.
59. Принципы комплексной терапии болезней пародонта.
60. Профилактика заболеваний пародонта. Методы и средства. Роль гигиены полости рта в профилактике и лечении заболеваний пародонта.
61. Физиотерапевтические методы лечения заболеваний пародонта. Показания, противопоказания.
62. Анатомо-физиологические особенности строения слизистой оболочки полости рта. Функции.
63. Ротовая жидкость, состав, свойства, значение.
64. Микрофлора полости рта. Физиологическая роль. Изменение состава микроорганизмов под влиянием различных факторов, участие микроорганизмов в патологических процессах полости рта. Иммунные системы полости рта.
65. Методы обследования больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта.
66. Острый герпетический стоматит у детей. Этиология, клиника, лечение.
67. Хронический герпетический стоматит у детей. Этиология, клиника, лечение.
68. Аллергические реакции. Анафилактический шок, отек Квинке, контактные аллергические стоматиты, токсикоаллергические стоматиты.
69. Многоформная экссудативная эритема. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
70. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
71. Кандидоз. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
72. Аномалии развития и заболевания языка. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
73. Стомалгия, глоссалгия. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
74. Эксфолиативный хейлит. Этиология, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
75. Гландулярный хейлит. Этиология, клиника, лечение.

ПАТОЛОГИЯ

1. Основные понятия нозологии. Болезнь как нарушение гомеостаза.
2. Номенклатура и классификация болезней.
3. Общая этиология. Общий патогенез. Причинно-следственные взаимоотношения в патогенезе.
4. Венозная гиперемия. Причины, механизмы, последствия.
5. ДВС - синдром. Стадии. Патогенез.

6. Экссудация. Механизмы развития. Значение.
7. Фагоцитоз при воспалении. Причины эмиграции лейкоцитов в очаг воспаления. Механизмы фагоцитарной деятельности лейкоцитов.
8. Понятие об иммунном гомеостазе, механизмы гуморального и клеточного иммунитета.
9. Опухоли. Определение сущности опухолевого роста. Этиология опухолей. Современные теории опухолевого роста. Современная классификация опухолей. Принципы ее построения. Вторичные изменения в опухолях.
10. Доброкачественные, злокачественные и опухоли с местным деструирующим ростом. Критерии злокачественности. Понятие о рецидиве.

ПЕДАГОГИКА

1. Определите место педагогики в системе современного человекознания.
2. Назовите способы структурирования содержания образования и проиллюстрируйте их на примере.
3. Дайте характеристику законодательным актам в сфере образования.
4. Какие документы составляют нормативную основу образования?
5. Что означает понятие «обучение»? Как ваше собственное понимание этого понятия соотносится с его научной трактовкой?
6. В чем обнаруживается сходство и различие процессов обучения и лечения как древнейших видов гуманитарной практики?
7. Какие типы и виды обучения оптимальны на доклиническом и клиническом этапах медицинского образования?
8. В чем суть поэтапного формирования знаний и умений? Пояснить на примерах.
9. Какие требования к выбору форм организации познавательной деятельности обучаемых на учебном занятии существуют в дидактике?
10. Что лежит в основе классификации форм организации познавательной деятельности? Как связаны между собой формы организации познавательной деятельности и цели обучения?
11. От чего зависит выбор форм организации познавательной деятельности к конкретному занятию?
12. Какие формы обучения наиболее рационально использовать на разных этапах обучения в медицинском вузе и при обучении разных категорий обучаемых (медицинский персонал, пациенты, их родственники)?

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ТУБЕРКУЛЕЗ

1. Этиология, эпидемиология и патогенез туберкулеза. Современная патоморфология туберкулеза. Понятие о множественной лекарственной устойчивости.
2. Клиническая классификация туберкулеза по МКБ-10. Классификация клинических форм туберкулеза челюстно-лицевой области (голова-шея).
3. Основные симптомы и синдромы легочного и внелегочного туберкулеза. Методы обследования больного туберкулезом: лабораторные, инструментальные.
4. Туберкулез при острых клинических ситуациях и в сочетании с сопутствующими заболеваниями: туберкулез и ВИЧ в практике врача-стоматолога.
5. Дифференциальная диагностика туберкулеза от неспецифических воспалительных заболеваний в практике врача-стоматолога. Алгоритм диагностики и тактика ведения.

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. Медицинское право, как отрасль права.
2. Источники медицинского права.
3. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья.
4. Права и обязанности медицинских работников.
5. Понятие и виды медико-социальной помощи.
6. Особенности медицинской услуги

7. Особенности регулирования труда медицинских работников
8. Правонарушение и юридическая ответственность
9. Гражданско-правовая ответственность субъектов предоставления и оказания медико-социальной помощи.
10. Дисциплинарная ответственность медицинских работников.
11. Административная ответственность должностных лиц.
12. Уголовная ответственность медицинских работников.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

1. Дайте определение науки «Общественное здоровье и здравоохранение». Задачи общественного здоровья и здравоохранения. Объект изучения общественного здоровья и здравоохранения.
2. Какие методы используют при изучении общественного здоровья и здравоохранения?
3. Назовите главные критерии оценки эффективности системы здравоохранения.
4. Назовите базовые функции системы здравоохранения.
5. Дайте определения фактора риска. Перечислите факторы риска и кратко охарактеризуйте.
6. Дайте определение медицинской демографии и перечислите ее основные разделы.

7. Перечислите известные Вам исторически сложившиеся на этапах развития названия предмета Общественное здоровье и здравоохранение. С чем связано существование большого числа названий предмета?

8. Воспроизводство населения (естественное движение населения).
Общие и специальные показатели, методика расчета, анализ и оценка
9.Миграция населения: внешняя, внутренняя (урбанизация,
сезонная). Факторы, ее определяющие. Влияние миграции на здоровье населения
10. Естественный прирост населения, факторы на него влияющие.
Противоестественная убыль населения.
11. Дайте определения “заболеваемость”, распространенность болезней”,
патологическая пораженность”
12.От чего зависит полнота учета заболеваемости?

Министерство здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики
Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Медицинский факультет
Центр медицинского послевузовского образования

УТВЕРЖДАЮ
Министр здравоохранения ПМР
_____К.В.Албул
«_4_» ____01____2024 г.

СОГЛАСОВАНО
Ученым советом факультета
протокол №_5_
от «_29_» ___12___2023г.
Председатель
Ученого совета факультета
_____Г.Н.Самко

ПРОГРАММА
ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ

образовательной программы послевузовского профессионального образования- программы ординатуры

Специальность **31.08.10 СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА**

Квалификация выпускника: врач – судебномедицинский эксперт
Трудоемкость: 108 часов-3з.е.
Сроки проведения: 24.06.24 - 6.07.24г.

Тирасполь, 2023

Программа итоговой государственной аттестации образовательной программы высшего образования- программы ординатуры по специальности 31.08.10 Судебно-медицинская экспертиза разработана в соответствии с Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.10 Судебно-медицинская экспертиза (утвержденным Приказом Министерства Просвещения Приднестровской Молдавской Республики № 663 от 28.07.2021г. «Об утверждении и введении в действие Государственного образовательного стандарта послевузовского профессионального образования - ординатуры)

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании кафедры хирургии циклом онкологии протокол №4 от «20» ноября 2023 г.
Заведующий кафедрой хирургии циклом онкологии _____Фомов Г.В.

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УМК факультета

«12» 12 2023 г. (протокол № 4)

Председатель УМК _____ А.В. Васильчук

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УС факультета

«29» 12 2023г. (протокол № ____)

Председатель УС _____ Г.Н. Самко

Программу составили:

Ассистент _____ Мокан И.Д.

Содержание

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.
2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры
3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации.
4. Форма и структура итоговой государственной аттестации.
4.1 Форма итоговой государственной аттестации.
4.2 Трудоёмкость итоговой государственной аттестации.
4.3 Структура итоговой государственной аттестации.
5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.
6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации.
6.1 Критерии оценки результатов тестирования
6.2 Критерии оценки практических навыков и умений.
6.3 Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.
7. Содержание государственного экзамена.
7.1 Тестирование
7.2 Практические навыки.
7.3. Устное собеседование
8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

Приложения

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.

Цель - определение соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры требованиям Государственному образовательному стандарту послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.10 «Судебно-медицинская экспертиза».

Задачи:

— установление уровня подготовки выпускника к выполнению профессиональных задач (оценка степени сформированности всех компетенций, предусмотренных Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.10 «Судебно-медицинская экспертиза», характеризующих готовность выпускников к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации - врач - акушер-гинеколог).

— принятие решения о выдаче обучающемуся, успешно прошедшему итоговую государственную аттестацию по программе ординатуры, диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации.

2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры

Итоговая государственная аттестация относится к базовой части программы - Блок 3. итоговая государственная аттестация и завершает процесс освоения имеющих государственную аккредитацию образовательных программ ординатуры.

Итоговая государственная аттестация образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.10 «Судебно-медицинская экспертиза» завершается присвоением квалификации " врач – судебномедицинский эксперт".

3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путём обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- физические лица женского пола (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку готовности выпускников, освоивших программу ординатуры, к следующим видам профессиональной деятельности:

— профилактическая;
— диагностическая;
— лечебная;
— реабилитационная;
— психолого-педагогическая;
— организационно-управленческая.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

а) готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу - УК1;

б) готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия - УК2;

в) готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование - УК3

Профессиональные компетенции (ПК):

а) профилактическая деятельность:

1) готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания - ПК1;

2) готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными - ПК2;

3) готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях - ПК3;

4) готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медикостатистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков - ПК4;

б) диагностическая деятельность:

1) готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - ПК5;

2) готовность к применению лабораторных методов исследований и интерпретации их результатов - ПК6;

в) психолого-педагогическая деятельность - готовностью к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих – ПК7;

г) организационно-управленческая деятельность:

1) готовностью к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях – ПК8;

1) готовностью к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей – ПК9.

4.Форма и структура итоговой государственной аттестации

4.1.Форма итоговой государственной аттестации

Итоговая государственная аттестация обучающихся по образовательной программе ординатуры 31.08.10 «Судебно-медицинская экспертиза» проводится в форме государственного экзамена.

4.2.Трудоёмкость итоговой государственной аттестации

Объем итоговой государственной аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) - сдачу государственного экзамена.

4.3.Структура итоговой государственной аттестации

В Блок 3 " Итоговая Государственная аттестация" входят подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена. Перед государственным экзаменом по специальности для ординаторов проводятся предэкзаменационные консультации по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в три этапа:

1 этап - тестирование, проводится для получения сертификата специалиста, имеет целью определить готовность специалиста к самостоятельной профессиональной (медицинской) деятельности (согласно Приказу Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 31.05.2022г №477 «Об утверждении Порядка приема граждан на обучение по образовательным программам послевузовского профессионального образования – программам ординатуры, а также Порядка реализации образовательных программ послевузовского профессионального образования – программ ординатуры» (регистрационный № 11145 от 15 июля 2022 года) (САЗ 22-27)). Во время тестирования обучающийся выбирает правильный(е) ответ(ы) из предложенных нескольких вариантов ответов. Каждый обучающийся отвечает на 100 тестовых вопросов, на решение которых отводится 120 минут(2 астрономических часа).

2 этап - оценка практических навыков и умений - состоит из демонстрации практических навыков и умений, приобретенных в результате освоения программы ординатуры.

3 этап – устный экзамен по дисциплине Судебно-медицинская экспертиза с целью определения сформированности профессиональных компетенций выпускника, профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения. Каждый билет состоит из пяти теоретических вопросов, в процессе проведения государственного экзамена обучающемуся могут быть заданы уточняющие или дополнительные вопросы в рамках билета. На подготовку к ИГА ординатору выделяется 2 недели. После выбора билета ординатор готовится к ответу 30 минут, отвечает согласно регламенту 20 минут. По решению комиссии обучающийся может быть освобожден от необходимости полного ответа на вопрос билета, уточняющий или дополнительный вопрос.

Этапы государственного экзамена	Компетенции, которые оцениваются в ходе этапа
1 этап - в форме тестирование	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7 ПК-8, ПК-9.
2 этап - оценка практических навыков и умений	
3 этап – устный экзамен по дисциплине	

5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.

Проведение ИГА определяется календарным учебным графиком, выполнением индивидуального плана ординатора и расписанием ИГА.

Перед итоговой государственной аттестацией обучающиеся должны ознакомиться с программой ИГА. Подготовка к государственному экзамену может проводиться в формах, как устного повторения пройденных дисциплин (с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д.), так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для

подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.

6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации. Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

6.1. **Критерии оценки результатов тестирования**

Подведение **итогов 1 этапа в форме тестирования. Результат решения тестов оценивается по ятибалльной системе:**

- 49% и менее правильных ответов - «неудовлетворительно»;
- 50% - 70% - «удовлетворительно»;
- 71% - 84% - «хорошо»;
- 85% - 100% - «отлично».

6.2. Критерии оценки практических навыков и умений

Результаты 2 этапа определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол ИГА. Обучающиеся, получившие оценку «неудовлетворительно» к 3 этапу государственного экзамена не допускается, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений;

- «хорошо» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет;

- «удовлетворительно» - обучающийся обладает удовлетворительными теоретическими знаниями - знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний - не знает методики выполнения, практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и т.д.; и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

6.3. Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.

Результаты 3 этапа государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «хорошо» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «удовлетворительно» - обучающийся показывает частичное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, ориентирован в заболевании, но не

может поставить диагноз с учетом принятой классификации. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций, демонстрируя поверхностное знание предмета;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не показывает освоение планируемых результатов обучения по пройденным темам, не может сформулировать диагноз или неправильно его ставит. Не может правильно ответить на большинство дополнительных вопросов, характеризующих уровень освоения необходимых компетенций.

7.Содержание государственного экзамена

7.1.Тестировние: Приложение 1
7.2.Практические навыки: Прилодение 2
7.3 Устное собеседование Приложение 3

8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

Основная литература:

1. Судебная медицина и судебно-медицинская экспертиза нац. рук. Ю. И. Пиголкин, И. А. Дубровин, В. Л. Попов и др.; гл. ред. Ю.И. Пиголкина - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 727 с.: [6] л. ил.: ил. - (Национальные руководства). Руководство по судебной медицине [Текст]: учебное пособие для вузов] / [А. П. Ардашкин, Е. Х. Баринов, В. И. Бахметьев и др.]; под ред. В. Н. Крюкова, И. В. Буромского. - Москва: Норма: ИНФРА-М, 2016. - 655 с.
2. Пашинян, Г. А. Судебная медицина в схемах и рисунках [Электронный ресурс]: [учеб. пособие для мед. вузов] / Г. А. Пашинян, П. О. Ромодановский. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 328 с.: ил. - URL: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
3. Судебная медицина [Текст]: задачи и тестовые задания: [учеб. пособие для высш. проф. образования] / [Ю. И. Пиголкин, М. Н. Нагорнов, Е. Х. Баринов и др.]; под ред. Ю. И. Пиголкина. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
4. Судебная медицина [Электронный ресурс]: задачи и тестов. задания: [учеб. пособие для высш. проф. образования] / [Ю. И. Пиголкин и др.]; под ред. Ю. И. Пиголкина. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 606 с. - URL: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
5. Атлас по судебной медицине [Электронный ресурс] / [Ю. И. Пиголкин и др.]; под ред. Ю. И. Пиголкина. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 376 с.: ил. - URL:http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.

Дополнительная литература:

1. Руководство «Судебная медицина» В.В. Хохлов Смоленск - 2010г. издание третье переработанное и дополненное. Судебная медицина [Текст]: [учеб. для высш. проф. образования] / [Ю. И. Пиголкин, Е. М. Кильдюшов, И. А. Дубровин и др.]; под ред. Ю. И. Пиголкина. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015.
2. Судебная медицина [Электронный ресурс]: учебник /под ред. Ю. И. Пиголкина. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 496 с. - URL: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
3. Актуальные вопросы судебной медицины и медицинского права [Текст]: матер. науч.-практ. конф. с междунар. участием, посвящ. памяти проф. В. О. Плаксина: [сборник] / Всерос. о-во судеб. медиков и др.; под ред. Е. М. Кильдюшова, Е. Х. Баринова. - М.: ЮрИнфоЗдрав, 2011.
4. Буромский, И. В. Преподавание судебной медицины и подготовка экспертных кадров в современных условиях [Текст]: (концептуальная основа). - Москва: Светлица, 2009.
5. Основы медицинского права России [Текст]: [учеб. пособие для мед. и фармацевт. специальностей] / [авт.-сост.: Ю. Д. Сергеев, А. А. Мохов]; под. ред. Ю. Д. Сергеева. - М.: Мед. информ. агентство, 2011. 26

6. Сашко, С. Ю. Медицинское право [Электронный ресурс]: [учеб. пособие для высш. проф. образования] / С. Ю. Сашко, Л. В. Кочорова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 350 с. - URL: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
7. Сборник ситуационных задач по судебной медицине для самостоятельной работы студентов [Текст]: [учеб. пособие] / [Е. М. Кильдюшов, В. Н. Крюков, И. В. Буромский и др.]; под ред. Е. А. Башкиревой, Ю. К. Сальникова. - Москва: Светлица, 2011.
8. Токсикологическая химия [Текст]: аналитическая токсикология: [учеб. для вузов] / [С. А. Еремин, С. К. Еремин, Г. И. Калетин и др.]; под ред. Р. У. Хабриева, Н. И. Калетиной. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
9. Токсикологическая химия [Электронный ресурс]: аналит. токсикология: [учеб. для высш. проф. образования] / [С. А. Еремин и др.]; под ред. Р. У. Хабриева, Н. И. Калетиной. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 747 с. - URL: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
10. Говорин, Н. В. Алкогольный фактор в криминальной агрессии и аутоагрессии / Н. В. Говорин, А. В. Сахаров, А. С. Гаймоленко. - Чита: Иван Федоров, 2009.
11. Недугов, Г. В. Субдуральные гематомы [Текст] / Г. В. Недугов. - Самара: Офорт, 2011.
12. Чикун, В. И. Основы абдоминальной диагностики причины смерти мужчин / В. И. Чикун, Н. С. Горбунов, С. А. Афанасьев; М-во здравоохранения и соц. обеспечения РФ, Краснояр. гос. мед. акад., Краснояр. бюро судеб.-мед. экспертизы, НИИ мед. проблем Севера СО РАМН. - Красноярск: КрасГМА, 2007.
13. Качина, Н. Н. Судебно-медицинская экспертиза (исследование) трупов плодов и новорожденных: учеб. пособие для студентов, обучающихся по спец. 040100 - "лечеб. дело", 040200 - "педиатрия" / Н. Н. Качина, Е. М. Кильдюшов; М-во здравоохранения и соц. развития РФ, Рос. гос. мед. ун-т. - [3-е изд., перераб. и доп.]
14. . - М.: РГМУ, 2009.
15. Судебная стоматология [Текст]: страницы истории / К. А. Пашков, П. О. Ромодановский, Г. А. Пашинян и др.; под общ. ред. К. А. Пашкова. - Москва: МГМСУ, 2009.
16. Руководство по судебной стоматологии [Текст] / Г. А. Пашинян, П. О.
17. Романовский, Г. М. Харин]; под ред. Г. А. Пашиняна. - Москва: МИА, 2009.

Приложение 1

I Вариант

1. Право собирать доказательства УПК предоставляет:
а) Лицу, производящему дознание
б) Следователю
в) Прокурору
г) Эксперту
д) Суду
е) Верно а), б), в) и д)
ж) Верно все

2. Предельные сроки производства судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств:
а) Не более одного месяца
б) Более одного месяца

3. Должность заведующего судебно-биологическим отделом устанавливается из расчета:
а) Наличия в штате отделения не менее 3-х судебно-медицинских экспертов
б) Наличия в штате отделения не менее 5-ти судебно-медицинских экспертов

4. В качестве эксперта может быть вызвано:
а) Любое лицо, обладающее необходимым познанием для дачи заключения
б) Эксперт соответствующего экспертного учреждения
в) Иной специалист, назначенный лицом, производящим дознание, следователем, прокурором и судом
г) Верно все

5. Представители правоохранительных органов могут дать отвод эксперту в следующих случаях;
а) При наличии оснований, предусмотренных ст. 164 УПК ПМР
б) Если он находится или находился в служебной или иной зависимости от обвиняемого, потерпевшего, гражданского истца или гражданского ответчика
в) Если он производил по делу ревизию
г) Верно все

6. Осмотр трупа на месте его обнаружения производит:
а) Врач
б) Следователь
в) Врач-специалист в области судебной медицины

7. Виды внешнего воздействия, относящиеся к физическим факторам:
а) Механические
б) Электрические
в) Температурные
г) Барометрические
д) Лучистая энергия
е) Верно все

8. Сроки возникновения первичных морфологических изменений в прижизненных повреждениях следующие:
а) Через 30 минут после возникновения повреждения
б) Через 1 час
в) Через 2 часа

9. Определите величину кровопотери при следующих показателях: удельный вес крови -1,044 и ниже, гемоглобин ниже 43%, гематокрит - ниже 23, пульс нитевидный
а) Более 1500 мл
б) До 1000 мл
в) 0т 500 до 1000мл

10. Стенки ушибленной раны головы бывают ровными, отвесными:
а) При воздействий травмирующей поверхности под углом 90 град.
б) При воздействии травмирующей поверхности под углом 45 град.

11. Количество линий переломов на поверхности ребра, подвергшейся сжатию:
а) Одна
б) Две
в) Три

12. Количество линий переломов на стороне ребра, подвергшейся растяжению:
а) Одна
б) Две
в) Три

13. Признаки упругой деформации:
а) Предмет (тело) после снятия нагрузки восстанавливает первоначальную форму и размеры
б) Предмет (тело) после устранения нагрузки не восстанавливает свои первоначальную форму и размеры
в) Верно все

14. Количество типов направлений ударных воздействий на голову при травме черепа:
а) Один тип
б) Три типа
в) Шесть типов

15. Повреждения на третьей фазе фронтального столкновения грузового автомобиля с человеком образуются от:
а) Непосредственного удара тела о дорогу
б) Трения тела о дорогу
в) Явлении, сопровождающих удар тела о дорогу
г) Непосредственного удара тела об автомобиль
д) Придавливания тела колесом к дороге

16. Варианты столкновения грузового автомобиля с человеком, при которых вторая фаза - падение тела на автомобиль отсутствует:
а) Фронтальное центральное
б) Фронтальное краевое
в) При всех вариантах отсутствует
г) Тангенциальное переднее
д) Тангенциальное заднее

17. На первой фазе переезда тела колесом автомобиля возникают повреждения:
а) Локальные
б) Отдаленные
в) Одновременно локальные и отдаленные

18. Обширные, колосовидные ссадины кожи, возникающие на второй фазе переезда, располагаются на поверхности тела, обращенной:
а) К поверхности дороги
б) К колесу
в) К колесу и к дороге

19. Виды механического воздействия, приводящие к образованию полосчатых следов и повреждений на подошвах обуви пешеходов, пострадавших при мотоциклетной травме:
а) Удар
б) Трение
в) Сдавление
г) Растяжение

20. Укажите, симметрично (с двух сторон) или нет, локализуются повреждения у водителей мотоцикла при его тангенциальном столкновении со встречным автомобилем:
а) Симметрично
б) Асимметрично

21. Условия мотоциклетного происшествия, при которых у пассажиров возникают переломы шейных позвонков с клиновидной компрессией в заднем отделе:
а) Фронтальное столкновение мотоцикла с другим транспортным средством
б) Опрокидывание мотоцикла
в) Удар движущегося транспортного средства по задним колесам мотоцикла
г) Падение мотоцикла с высоты

22. Характер и локализация повреждений у водителя и пассажира мотоцикла зависят от:
а) Условий мотоциклетного происшествия
б) Вида мотоциклетной травмы
в) Варианта мотоциклетной травмы
г) Типа мотоцикла
д) Квалификации мотоциклиста
е) Верно а), б), в), г)
ж) Верно все
з) Верно а), в), г), д)

23. Виды железнодорожной травмы:
а) От столкновения движущегося поезда с человеком
б) От переезда колесом (колесами) поезда
в) От сдавливания тела между частями поезда и другими предметами
г) От выпадения человека из движущегося поезда
д) От воздействия на человека внутренних частей вагона поезда
е) Верно все

24. На 2-ой фазе столкновения движущегося поезда с человеком возникающие повреждения преимущественно располагаются:
а) На стороне, противоположной первичному удару
б) На стороне первичного удара

25. При непосредственном перекатывании колеса рельсового транспорта через тело возникают:
а) Локальные повреждения
б) Отдаленные повреждения
в) Одновременно локальные и отдаленные повреждения

26. Острая буллезная эмфизема легких при переезде колесом рельсового транспорта возникает:
а) В зоне переезда
б) Вне зоны переезда

27. Повреждения у экипажа и пассажиров на борту ВС в аварийном полете могут возникнуть вследствие:
а) Столкновения ВС с препятствиями в воздухе
б) Столкновения ВС с землей при падении
в) Взрывной декомпрессии
г) Пожара на борту
д) Действия атмосферного электричества
е) Верно все

28. К химическим факторам, причиняющим повреждения экипажу и пассажирам при авиационных происшествиях, относятся:
а) Окись углерода
б) Продукты горения красок и других веществ, образующих высокотоксичные мономеры (формальдегид, винилхлорид и другие):
в) Пары авиационного топлива

г) Выхлопные газы
д) Пары охлаждающих жидкостей
е) Верно все

29. Участие судебно-медицинского эксперта в осмотре кабины ВС на месте авиакатастрофы:
а) Целесообразно
б) Нецелесообразно

030. При фиксации тела пилота поясным привязным ремнем компрессионные переломы передних отделов поясничных позвонков:
а) Возникают в момент соударения ВС с препятствием
б) Не возникают при данных обстоятельствах

31. Виды повреждений и посттравматических изменений сумочно-связочного аппарата у спортсменов:
а) Разрывы менисков
б) Вывихи суставов
в) Гемартрозы
г) Надрывы и разрывы связок
д) Тендопатии
е) Верно все

32. Повреждения при игре в футбол проявляются в виде:
а) Переломо-вывихов голеностопных суставов
б) Разрывов связок коленного сустава
в) Сотрясения головного мозга
г) Переломов ключицы
д) Спиралевидного перелома большой берцовой кости
е) Верно все

033. Повреждения при игре в хоккей проявляются в виде:
а) Переломов костей лица
б) Переломов костей предплечья
в) Ушибленных ран лица
г) Переломов ключицы
д) Разрывов мениска
е) Верно все

034. Повреждения при прыжках в воду проявляются в виде:
а) Ссадин и кровоподтеков тела
б) Разрывов поясничных мышц
в) Переломов поперечных отростков грудных и поясничных позвонков
г) Компрессионных переломов шейных позвонков
д) Разрывов барабанной перепонки.
е) Верно все

35. Перечислите фазы падения человека с высоты:
а) Проскальзывание ног или другой части тела по поверхности, на которой они находятся
б) Отрыв тела от поверхности
в) Полет
г) Приземление тела
д) Перемещение тела вокруг точки приземления
е) Верно все

36. Направления инерционного перемещения тела (вращения) после приземления на стопы в случаях падения с высоты:
а) Вперед
б) Назад
в) Вправо

г) Влево
д) Верно все

37. Кровоизлияния в области печени при прямом падении с высоты и приземлении на ноги наиболее часто локализуются на:
а) Диафрагмальной поверхности
б) Висцеральной поверхности
в) Правой боковой поверхности
г) Левой доле органа

38. Условия, определяющие траекторию полета тела при падении с высоты и место приземления:
а) Место нахождения тела и его положение до полета
б) Способы отрыва от поверхности, на котором находится тело
в) Вид падения
г) Положение тела в момент полета и приземления
д) Степень сообщения телу ускорения и место приложения силы по телу
е) Верно все

39. Виды травматического воздействия, преобладающие в механогенезе повреждений при сдавлении тела пострадавшего между бортом швартующегося судна и причалом:
а) Удар
б) Сдавленно
в) Удар и сдавленно
г) Растяжение
д) Трение

40. Повреждения, причиняемые гужевым транспортом:
а) Округлый участок осаднения, кровоизлияния в мышцах на груди и животе пострадавшего от воздействия торцовой части дышла
б) Переломы костей таза
в) Переломы костей верхних конечностей
г) Перемещение внутренних органов
д) Вдавленные переломы костей черепа

41. Происшествия со смертельным исходом пострадавших чаше происходят с тракторами:
а) Колесными
б) Гусеничными
в) Прицепом к трактору

42. Общее направление смещения одного из краев ран при переезде гусеницей трактора через тело пострадавшего:
а) По направлению движения трактора
б) В направлении, противоположном движению трактора
в) Смещение отсутствует

43. Взаимоположение надрезов от ребер стержня колющего орудия:
а) Отражает форму поперечного сечения стержня
б) Не отражает формы поперечного сечения стержня

44. Колотые повреждения плоских костей являются переломами:
а) Вдавленными
б) Дырчатыми
в) Террасовидными

45. Истинный раневой канал в резаном повреждении:
а) Имеется
б) Отсутствует

46. Место внедрения острия колюще-режущего орудия можно определить по:

а) Искривлению основного разреза
б) Наличию надреза у края раны
в) Зоне максимального осаднения края раны

47. Разрывы кожи в области входного отверстия при выстреле в упор чаще возникают в области:
а) Головы, лица
б) Груди
в) Живота
г) Спины
д) Конечностей

48. При выстреле в упор из оружия с глушителем дополнительные факторы в области входной раны:
а) Отсутствуют
б) Иногда откладываются
в) Откладываются

49. Дистанция выстрела устанавливается:
а) По таблицам
б) По степени разрушения ткани
в) Расчетными методами
г) Экспериментальными отстрелами и сравнительными исследованиями повреждений

50. Для установления дистанции выстрела имеет главное значение зона отложения копоти:
а) Центральная
б) Периферическая

51. Количественный показатель, характеризующий границу между низким и высоким напряжением электрического тока (по ГОСТу):
а) 380 В
б) 500 В
в) 1000 В
г) 3000 В

52. Отметить правильную последовательность органов и тканей человека по степени уменьшения их сопротивления электрическому току:
а) Сухожилие-кость-кожа-подкожная клетчатка-кровеносные сосуды-мышцы-нервы
б) Кость-подкожная, жировая клетчатка-сухожилие-кожа-мышцы-кровеносные сосуды-нервы
в) Нервы-кровеносные сосуды-мышцы-кожа-сухожилие-подкожная жировая клетчатка-кость

53. Сопротивление электрическому току кожи человека при ее увлажнении:
а) Не изменяется
б) Снижается
в) Повышается

54. Влияние наличия одежды и обуви на поражение электрическим током:
а) Не оказывает влияния
б) Способствует поражению током
в) Уменьшает возможность поражения током

55. При ожоге 4-й степени морфологические изменения возникают в:
а) Эпидермисе
б) Толще дермы
в) Дерме и подкожной жировой клетчатке
г) Глубоких тканях
д) Верно все

56. Площадь и глубину отморожений можно установить:
а) Тотчас после воздействия холода:

б) После отогревания пораженной части тела
в) Через 2-3 суток
г) Через 5-7 суток
д) Спустя 3-4 недели

57. Растрескивание черепа в результате его промерзания отличается от прижизненных переломов по:
а) Локализации
б) Направлению линий
в) Соотношению признаков сжатия и растяжения костной ткани в краях переломов
г) Не отличаются друг от друга

58. Наличие карбоксигемоглобина в крови полостей сердца, крупных сосудов и мышцах свидетельствует о:
а) Прижизненном пребывании в атмосфере пожара
б) Посмертном воздействии высокой температуры

59. Основной причиной горной (высотной) болезни являются:
а) Понижение атмосферного давления
б) Снижение содержания кислорода в воздухе на высоте
в) Снижение парциального давления кислорода в воздухе на высоте

60. Признаки быстрой декомпрессии на трупе:
а) Обнаруживаются
б) Не обнаруживаются

61. Основным механизмом обжима водолаза является:
а) Понижение давления воздуха в шлеме скафандра
б) Перераспределение крови в теле из-за вынужденной позы водолаза
в) Десатурация растворенных в крови газов
г) Вытеснение крови в систему верхней половой вены

62. К смерти может привести мгновенное повышение атмосферного давления:
а) Более 1 АТМ
б) Более 0,7 АТМ
в) Более 0,4 АТМ
г) Более 0,2 АТМ
д) Более 0,1 АТМ
е) Верно все
ж) Верно б), в)
з) Верно а), б)

63. Лучевая болезнь средней степени возникает при поглощении общей дозы радиации не менее:
а) 100 рад
б) 100-200 рад
в) 200-400 рад
г) 400-600 рад
д) Более 600 рад

64. Смерть при облучении высокими дозами ионизирующей радиации наступает от:
а) "Лучевого шока"
б) Обширных лучевых ожогов
в) Разрушения защитных сил организма и инфекционных осложнений
г) Совокупности перечисленных причин

65. Наиболее частыми причинами смерти от острой лучевой болезни являются:
а) Кровотечения
б) Интоксикация и кахексия
в) Инфекционные осложнения
г) Злокачественные опухоли

д) Паралич дыхательного и сосудистого центров
е) Верно а), б), в)
ж) Верно б), в), г)
з) Верно все

66. Период разгара при острой лучевой болезни клинически проявляется:
а) Лейкемией
б) Геморрагическим синдромом
в) Панцитопенией
г) Истощением костного мозга
д) Множественными тромбозами
е) Верно все
ж) Верно б), в), г)
з) Верно в), г), д)

67. Отрицательный результат пробы Бокариуса свидетельствует:
а) О прижизненности странгуляционной борозды
б) О посмертном происхождении странгуляционной борозды
в) Доказательного значения не имеет

68. При удавлении петлей подкожные кровоизлияния в странгуляционной борозде образуются:
а) По верхнему краю
б) По нижнему краю
в) По обоим краям в одинаковой степени

69. Надрывы интимы общих сонных артерий (признак Амюсса) возникают при:
а) Повешении в петле
б) Удавлении петлей
в) Удавлении руками

70. Обнаружение в просвете крупных сосудов рыхлых красных свертков свидетельствует о:
а) Смерти без агонального периода
б) Коротком агональном периоде
в) Длительной агонии

71. В судебной медицине ядом считают вещества:
а) Сильнодействующие
б) Введенные, в организм в малых количествах и вызвавшие смерть
в) Введенные в организм в малых количествах, при химическом и физико-химическом действии вызывающие расстройство здоровья или смерть
г) Введенные в организм в малых количествах, при химическом действии вызывающие расстройство здоровья или смерть

72. Интенсивность действия яда на организм зависит от:
а) Путей его поступления
б) Длительности контакта и площади соприкосновения ткани с ядом
в) Степени химического превращения яда организмом под влиянием биологически активных веществ
г) Химической его природы
д) Количества поступившего яда
е) Верно все

73. Процесс кумуляции заключается в:
а) Накоплении яда в неизмененном виде
б) Видоизменении яда в более токсичное вещество
в) Суммировании действия нескольких ядов
г) Потенцировании действия нескольких ядов

74. В результате местного действия кислот в тканях развивается:

а) Колликвационный некроз
б) Коагуляционный некроз
в) Гнойное воспаление

75. Результаты судебно-медицинской экспертизы определения степени тяжести вреда причиненного здоровью человека оформляются:
а) Заключением эксперта
б) Актом судебно-медицинского освидетельствования
в) Протоколом освидетельствования

76. Длительным считают расстройство здоровья, непосредственно связанное с повреждением, продолжительностью:
а) 10 дней
б) Более 21 дня
в) 20 дней

77. Под значительной стойкой утратой общей трудоспособности понимают утрату общей трудоспособности в размере:
а) Более 10 %
б) До 33%
в) До 10%

78. Повреждения грудных сегментов спинного мозга, сопровождающиеся тяжелым спинальным шоком, квалифицируются по признаку:
а) Опасности для жизни
б) Стойкой утраты общей трудоспособности не менее чем на одну треть
в) Длительности расстройства здоровья

79. Под "аггравацией" понимают:
а) Преувеличение симптомов действительно имеющегося заболевания
б) Изображение симптомов несуществующего заболевания
в) Преуменьшение симптомов действительно имеющегося заболевания

80. Судебно-медицинская экспертиза определения состояния здоровья производится:
а) Единолично врачом, судебно-медицинским экспертом
б) Группой врачей судебно-медицинских экспертов совместно с врачами клиницистами
в) Врачами клиницистами

81. Врач судебно-медицинский эксперт, принимавший участие как специалист в осмотре трупа на месте его обнаружения, участвовать в дальнейшем в качестве судебно-медицинского эксперта:
а) Вправе при определенных обстоятельствах
б) Вправе
в) Не вправе

82. На месте происшествия врач-специалист в области судебной медицины может только:
а) Произвести зондирование раневого канала
б) Взять мазки из половых органов трупа женщины
в) Определить наличие металлизации кожных покровов
г) Проводить предварительные пробы на наличие крови
д) Иссечь края кожных ран для последующего проведения лабораторного исследования

83. Наличие следов крови на подошвах обуви, носков, подошвенных поверхностях стоп погибшего могут свидетельствовать о:
а) Передвижении потерпевшего после причинения травмы
б) Скорости передвижения потерпевшего
в) О конкретном месте причинении травмы

84. В случае утопления мелкопузырчатая пена вокруг отверстий рта и носа сохраняется:

а) 2-3 суток
б) 4-5 суток
в) 6-10 суток

85. Клиническая картина агонии является следствием:
а) Остановки сердца
б) Радикального изменения состояния и функции центральной нервной системы
в) Прекращения обмена веществ

86. Слабо развитая подкожная жировая клетчатка на трупе:
а) Способствует охлаждению тела
б) Не оказывает влияния на охлаждение тела
в) Задерживает охлаждение тела

87. Трупы новорожденных дети по сравнению с трупами взрослых людей:
а) Остывают медленнее
б) Охлаждаются в одинаковой степени
в) Остывают быстрее

88. Трупное окоченение у лиц атлетического телосложения развивается:
а) Быстрее обычного
б) Медленнее
в) В обычные сроки

89. Типичными зонами кровоизлияний в мозг при гипертонической болезни являются:
а) Оболочки мозга
б) Желудочки и подкорковые ядра больших полушарий
в) Мозжечок
г) Типичная локализация отсутствует

90. Острая сердечно-сосудистая недостаточность развивается:
а) При значительном атеросклерозе венечных артерий
б) Без выраженного поражения венечных артерий
в) Степень поражения артерий существенного значения не имеет

91. Судить о сроках развития инфаркта по результатам гистологического исследования миокарда:
а) Возможно
б) Невозможно
в) Затруднительно

92. При аллергическом (анафилактическом) шоке в крови, бронхиальном секрете, в межклеточных пространствах микроскопически обнаруживается повышенное содержание:
а) Нейтрофилов (тканевой распределительный лейкоцитоз)
б) Моноцитов
в) Эозинофилов
г) Лимфоцитов

93. Доношенность плода определяется по:
а) Длине тела
б) Массе тела
в) Наличию развитого подкожного жирового слоя
г) Наличию пушковых волос только в области плечевого пояса
д) Наличию волос на голове длинной 2-3 см
е) Верно все

94. Под жизнеспособностью новорожденного понимают:
а) Степень физического развития плода к моменту родов
б) Возможность новорожденного продолжать жизнь вне материнского организма

в) Невозможность новорожденного продолжать жизнь вне материнского организма

95. Насильственная смерть плода и новорожденного может наступить:
а) До родов
б) Во время родов
в) После родов
г) Во время беременности
д) Верно все

96. Аномалии развития, приводящие к насильственной смерти плода до родов:
а) Отслойка плаценты
б) Инфаркт плаценты
в) Прижатие пуповины
г) Истинный узел пуповины
д) Верно все

97. При пролиферативном воспалении изменения в тканях проявляются:
а) Гиперемией и стазом
б) Лейкоцитарной инфильтрацией тканей
в) Некрозами тканей
г) Образованием молодой соединительной ткани
д) Размножением клеток поврежденной ткани

98. Стадия истощения при стрессовой реакции у человека проявляется:
а) Сосудистыми нарушениями в ГГН системе
б) Признаками повышения секреторной активности
в) Множественными дистрофиями и некрозами клеток ГГН системы
г) Множественными митозами в клетках ГГН системы
д) Отеком клеток ГГН системы

99. Признаки прижизненности и давности повреждений, определяемые при гистологическом исследовании:
а) Постоянны, по выраженности вне зависимости от локализации
б) Зависят от локализации повреждения

100. Морфологические изменения внутренних, органов при травматическом шоке являются:
а) Характерными и позволяют установить диагноз шока
б) Неспецифичными и не позволяют установить диагноз шока
в) Зависят от тяжести шока

Приложение

1. Вскрытие трупов взрослых и новорожденных;
2. Проведение диагностических проб;
3. Установление давности наступления смерти;
4. Построение диагноза и выводов;
5. Определение степени тяжести вреда здоровью;
6. Проведение экспертизы при определении возраста;
7. Лабораторной диагностики в случаях смертельных отравлений;
8. Забор внутренних органов и биологических жидкостей для лабораторного исследования;
9. Исследование на предмет определения прижизненности и характера странгуляционной борозды;
10. Установление наличия воздушной эмболии левой половины сердца;
11. Диагностика смерти от утопления;
12. Установление последовательности выстрелов;
13. Исследование дробовых повреждений одежды и тела;
14. Установление по ранам и переломам общих и частных признаков травмирующего предмета;
15. Установление механизма травмирования по характеру переломов костей скелета;
16. Дифференциальная диагностика легковой и грузовой транспортной травмы.
17. Дифференциальная диагностика различных видов падений с большой высоты и высоты своего роста;
18. Секционное исследование различных видов рельсовой травмы;

Приложение 3

1. Определение понятий судебная медицина и судебно-медицинская экспертиза.
2. Основные этапы развития судебной медицины в дореволюционной России и в СССР.
3. Организация судебно-медицинской службы в Приднестровской Молдавской Республике
4. Цель, задачи и объекты судебно-медицинской экспертизы.
5. Основания и порядок назначения и проведения судебно-медицинской экспертизы. Случаи обязательного назначения и проведения медицинских судебных экспертиз.
6. Определение понятия судебно-медицинский эксперт. Виды деятельности судебного медика.
7. Содержание и составные части заключения эксперта. Требования, предъявляемые к выводам эксперта.
8. Виды судебно-медицинских экспертиз. Случаи обязательного проведения судебно-медицинской экспертизы комиссией экспертов.
9. Права судебно-медицинского эксперта.
10. Обязанности судебно-медицинского эксперта.
11. Основания для отвода эксперта при производстве судебно-медицинской экспертизы.
12. Определение понятий умирание и смерть. Терминальные состояния.
13. Судебно-медицинская (социально-правовая) классификация смерти.
14. Определения понятия скоропостижная смерть. Основные причины скоропостижной смерти у детей и взрослых.
15. Диагностика смерти. Вероятностные и достоверные признаки смерти.
16. Признаки переживания тканей, их судебно-медицинское значение.
17. Трупные пятна: механизм образования, стадии, судебно-медицинское значение.
18. Трупное окоченение: механизм образования, динамика, судебно-медицинское значение.
19. Охлаждение трупа, местное высыхание, аутолиз: причины происхождения, динамика, судебно-медицинское значение.
20. Гниение: виды, причины, динамика. Другие разрушающие трупные изменения, их судебно-медицинское значение.
21. Консервирующие трупные изменения.
22. Методы судебно-медицинского установления давности наступления смерти.
23. Случаи обязательного участия судебного медика или иного врача в осмотре места происшествия.
24. Стадии осмотра места происшествия.
25. Лица, привлекаемые к осмотру места происшествия.
26. Поводы и основания к осмотру места происшествия.
27. Этапы осмотра места происшествия, задачи медицинского специалиста.
28. Порядок и методика осмотра трупа на месте происшествия (обнаружения).
29. Трупы, подлежащие судебно-медицинской экспертизе. Разрешаемые вопросы.
30. Отличия судебно-медицинской экспертизы трупов от патологоанатомического исследования.
31. Основные методики извлечения и принципы секционного исследования внутренних органов.
32. Основные методики извлечения и принципы секционного исследования головного мозга.
33. Воздушная эмболия сердца и пневмоторакс: причины-возникновения и секционная диагностика.
34. Особенности экспертизы расчлененных трупов, разрешаемые вопросы.
35. Особенности экспертизы трупов неизвестных лиц.
36. Особенности судебно-медицинской экспертизы трупов плодов и новорожденных, разрешаемые вопросы.
37. Особенности судебно-медицинской экспертизы трупов детей раннего возраста, разрешаемые вопросы.
38. Определение живорожденности и жизнеспособности при экспертизе трупов плодов и новорожденных. Проведение плавательных проб Галена и Бреслау, их экспертная оценка.
39. Понятия новорожденность, доношенность, жизнеспособность, зрелость в судебно-медицинском отношении, морфологические признаки.
40. Виды судебно-медицинской экспертизы потерпевших, подозреваемых, обвиняемых и других лиц. *
41. Медицинские критерии тяжкого вреда здоровью.
42. Медицинские критерии вреда здоровью средней степени тяжести.

43. Медицинские критерии легкого вреда здоровью.
44. Опасность для жизни как критерий степени тяжести вреда здоровью.
45. Потеря зрения, слуха, какого-либо органа или утрата органом его функции как критерий степени тяжести вреда здоровью.
46. Прерывание беременности как критерий тяжкого вреда здоровья, методика проведения экспертизы
47. Неизгладимое обезображивание лица как критерий тяжкого вреда здоровью, методика проведения экспертизы.
48. Утрата трудоспособности как критерий степени тяжести вреда здоровью.
49. Длительность расстройства здоровья как критерий степени тяжести вреда здоровью
50. Мучения, истязания, побои - определение понятий; значение медицинских исследований при их установлении.
51. Методические принципы проведения судебно-медицинской экспертизы в случаях черепно-мозговой травмы.
52. Судебно-медицинское установление возраста.
53. Особенности проведения судебно-медицинской экспертизы при половых преступлениях, решаемые задачи.
54. Определение понятия телесные повреждения. Повреждающие факторы.
55. Принципы описания телесных повреждений.
56. Возможные исходы, причины смерти при механических повреждениях.
57. Морфологические признаки шока.
58. Классификация тупых предметов. Механизм действия тупых предметов, причиняемые повреждения.
59. Ссадина: определение понятия, механизм образования, судебно-медицинское значение.
60. Кровоподтек: определение понятия, механизм образования, судебно-медицинское значение.
61. Рана: определение понятия, механизмы образования, судебно-медицинское значение.
62. Переломы: определение понятия, механизмы образования виды переломов, судебно-медицинское значение.
63. Морфологические признаки прямых и непрямых переломов ребер.
64. Виды ран, причиняемых тупыми предметами, характеристика ушибленной раны.
65. Определение понятия и классификация автомобильной травмы.
66. Механизм образования и морфологическая характеристика повреждений при столкновении автомобиля с человеком.
67. Механизм образования и морфологическая характеристика повреждений при переезде колесом (колесами) автомобиля.
68. Механизм образования и морфологическая характеристика повреждений при травме внутри автомобиля.
69. Понятие о железнодорожной травме, ее особенности. Основные механизмы образования и морфологическая характеристика повреждений при переезде колесами железнодорожного транспорта.
70. Понятие о железнодорожной травме, ее особенности. Основные механизмы образования и морфологическая характеристика повреждений при переезде колесами железнодорожного транспорта.
71. Падение на плоскости: определение понятия, механизм травматизации, морфологическая характеристика повреждений.
72. Падение с высоты: определение понятия, механизм травматизации, морфологическая характеристика повреждений.
73. Классификация острых предметов, механизм действия, причиняемые повреждения.
74. Колотые и колото-резаные раны, механизм образования, морфологическая характеристика.
75. Резаные и рубленые раны, механизм образования, морфологическая характеристика.
76. Особенности повреждений, причиняемых собственной рукой.
77. Понятие огнестрельные повреждения. Факторы выстрела, их судебно-медицинское значение.
78. Классификация огнестрельного оружия, калибр огнестрельного ствольного оружия, устройство боевого и охотничьего патрона.
79. Виды действия пули, судебно-медицинское значение.
80. Элементы пулевой огнестрельной раны, их характеристика.
81. Характеристика входной огнестрельной раны при выстреле в упор.

82. Характеристика входной огнестрельной раны при выстреле с близкой и неблизкой дистанции, феномен Виноградова.
83. Особенности повреждений дробовым зарядом.
84. Повреждения при взрывной травме.
85. Определение последовательности причинения огнестрельных повреждений.
86. Повреждения, причиняемые газовым и газово-дробовым оружием.
87. Определение понятия асфиксия. Общие признаки.
88. Стадии развития асфиксических состояний.
89. Классификация механических асфиксий.
90. Странгуляционные асфиксии: определение понятий, секционная диагностика.
91. Дифференциальная диагностика повешения и удавления петлей.
92. Смерть в воде. Признаки пребывания тела в воде.
93. Судебно-медицинская диагностика утопления. Виды утопления.
94. Обтурационная асфиксия: виды, морфологические признаки.
95. Компрессионная асфиксия: виды, секционная диагностика.
96. Определения понятия яды, условия действия ядовитых веществ.
97. Судебно-медицинские классификации ядов.
98. Причины смерти и судебно-медицинская диагностика при отравлении едкими (коррозийными) ядами.
99. Причины смерти и судебно-медицинская диагностика при отравлении функциональными ядами.
100. Причины смерти и судебно-медицинская диагностика при отравлении деструктивными ядами. Отравление мышьяком.
101. Причины смерти и судебно-медицинская диагностика при отравлении кровяными ядами. Отравление угарным газом.
102. Условия действия тока на человека, механизмы возникновения повреждений.
103. Диагностика смерти при действии технического и атмосферного электричества.
104. Судебно-медицинская диагностика смерти от общего действия высокой температуры.
105. Местное действие высокой температуры, причины смерти.
106. Дифференциальная диагностика ожогов от действия пламени и горячей жидкости.
107. Судебно-медицинская диагностика смерти от общего действия низкой температуры.
108. Судебно-медицинская диагностика смерти от изменений барометрического давления.
109. Признаки прижизненного действия пламени.
110. Вещественные доказательства, подлежащие судебно-медицинской экспертизе.
111. Установление механизма образования следов крови на месте происшествия.
112. Вопросы, разрешаемые при судебно-медицинской экспертизе крови.
113. Вопросы, разрешаемые при судебно-медицинской экспертизе волос.
114. Судебно-медицинская экспертиза следов спермы, слюны, влагалищного отделяемого, разрешаемые вопросы.
115. Судебно-генетические исследования в судебной медицине: решаемые вопросы, применяемые методы.

ПАТОЛОГИЯ

1. Основные понятия нозологии. Болезнь как нарушение гомеостаза.
2. Номенклатура и классификация болезней.
3. Общая этиология. Общий патогенез. Причинно-следственные взаимоотношения в патогенезе.
4. Венозная гиперемия. Причины, механизмы, последствия.
5. ДВС - синдром. Стадии. Патогенез.
6. Экссудация. Механизмы развития. Значение.
7. Фагоцитоз при воспалении. Причины эмиграции лейкоцитов в очаг воспаления. Механизмы фагоцитарной деятельности лейкоцитов.
8. Понятие об иммунном гомеостазе, механизмы гуморального и клеточного иммунитета.
9. Опухоли. Определение сущности опухолевого роста. Этиология опухолей. Современные теории опухолевого роста. Современная классификация опухолей. Принципы ее построения. Вторичные изменения в опухолях.
10. Доброкачественные, злокачественные и опухоли с местным деструирующим ростом. Критерии злокачественности. Понятие о рецидиве.

ПЕДАГОГИКА

1. Определите место педагогики в системе современного человекознания.
2. Назовите способы структурирования содержания образования и проиллюстрируйте их на примере.
3. Дайте характеристику законодательным актам в сфере образования.
4. Какие документы составляют нормативную основу образования?
5. Что означает понятие «обучение»? Как ваше собственное понимание этого понятия соотносится с его научной трактовкой?
6. В чем обнаруживается сходство и различие процессов обучения и лечения как древнейших видов гуманитарной практики?
7. Какие типы и виды обучения оптимальны на доклиническом и клиническом этапах медицинского образования?
8. В чем суть поэтапного формирования знаний и умений? Пояснить на примерах.
9. Какие требования к выбору форм организации познавательной деятельности обучаемых на учебном занятии существуют в дидактике?
10. Что лежит в основе классификации форм организации познавательной деятельности? Как связаны между собой формы организации познавательной деятельности и цели обучения?
11. От чего зависит выбор форм организации познавательной деятельности к конкретному занятию?
12. Какие формы обучения наиболее рационально использовать на разных этапах обучения в медицинском вузе и при обучении разных категорий обучаемых (медицинский персонал, пациенты, их родственники)?

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ТУБЕРКУЛЕЗ

1. Этиология, патогенез, патоморфология и эпидемиология туберкулеза. Классификация туберкулеза и методы обследования больных туберкулезом.
2. Основные клинические симптомы и синдромы легочного и внелегочного туберкулеза. Инструментальные и лабораторные методы диагностики туберкулеза.
3. Понятие об остропрогрессирующих формах туберкулеза. Особенности течения туберкулеза в современных условиях. Туберкулез и ВИЧ-инфекция.
4. Осложнения легочного и внелегочного туберкулеза. Диагностика и дифференциальная диагностика. Неотложные мероприятия при легочном кровотечении, спонтанном пневмотораксе, инфекционно-токсическом шоке.
5. Хирургические методы лечения легочного и внелегочного туберкулеза.

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. Медицинское право, как отрасль права.
2. Источники медицинского права.
3. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья.

4. Права и обязанности медицинских работников.
5. Понятие и виды медико-социальной помощи.
6. Особенности медицинской услуги
7. Особенности регулирования труда медицинских работников
8. Правонарушение и юридическая ответственность
9. Гражданско-правовая ответственность субъектов предоставления и оказания медико-социальной помощи.
10. Дисциплинарная ответственность медицинских работников.
11. Административная ответственность должностных лиц.
12. Уголовная ответственность медицинских работников.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

1. Дайте определение науки «Общественное здоровье и здравоохранение». Задачи общественного здоровья и здравоохранения. Объект изучения общественного здоровья и здравоохранения.
2. Какие методы используют при изучении общественного здоровья и здравоохранения?
3. Назовите главные критерии оценки эффективности системы здравоохранения.
4. Назовите базовые функции системы здравоохранения.
5. Дайте определения фактора риска. Перечислите факторы риска и кратко охарактеризуйте.
6. Дайте определение медицинской демографии и перечислите ее основные разделы.

7. Перечислите известные Вам исторически сложившиеся на этапах развития названия предмета Общественное здоровье и здравоохранение. С чем связано существование большого числа названий предмета?

8. Воспроизводство населения (естественное движение населения).
Общие и специальные показатели, методика расчета, анализ и оценка
9.Миграция населения: внешняя, внутренняя (урбанизация,
сезонная). Факторы, ее определяющие. Влияние миграции на здоровье населения
10. Естественный прирост населения, факторы на него влияющие.
Противоестественная убыль населения.
11. Дайте определения “заболеваемость”, распространенность болезней”,
патологическая пораженность”
12.От чего зависит полнота учета заболеваемости?

Министерство здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики
Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Медицинский факультет
Центр медицинского послевузовского образования

УТВЕРЖДАЮ
Министр здравоохранения ПМР
_____К.В.Албул
«_4_»_____01_____2024 г.

СОГЛАСОВАНО
Ученым советом факультета
протокол № 5
от «29» 12 2023г.
Председатель
Ученого совета факультета
_____Г.Н.Самко

ПРОГРАММА
ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ
образовательной программы
высшего образования- программы ординатуры

Специальность **31.08.73 СТОМАТОЛОГИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ**

Квалификация выпускника: врач – стоматолог-терапевт
Трудоемкость: 108 часов-3з.е.
Сроки проведения: 24.06.24 - 6.07.24 г.

Тирасполь, 2023

Программа итоговой государственной аттестации образовательной программы высшего образования- программы ординатуры по специальности 31.08.73 Стоматология терапевтическая разработана в соответствии с Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.73 Стоматология терапевтическая (утвержденным Приказом Министерства Просвещения Приднестровской Молдавской Республики № 714 от 13.08.2021г. «Об утверждении и введении в действие Государственного образовательного стандарта послевузовского профессионального образования - ординатуры)

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании кафедры Хирургии с циклом онкологии протокол № 4 от «20» ноября 2023 г.
Заведующий кафедрой Хирургии с циклом онкологии _____ Фомов Г.В.

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УМК факультета

«12» 12 2023 г. (протокол № 4)

Председатель УМК _____ А.В. Васильчук

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УС факультета

«29» 12 2023г. (протокол № 5)

Председатель УС _____ Г.Н. Самко

Программу составили:

Ассистент _____ Чернетинская П. И.

Содержание

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.
2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры
3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации.
4. Форма и структура итоговой государственной аттестации.
4.1 Форма итоговой государственной аттестации.
4.2 Трудоёмкость итоговой государственной аттестации.
4.3 Структура итоговой государственной аттестации.
5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.
6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации.
6.1 Критерии оценки результатов тестирования
6.2 Критерии оценки практических навыков и умений.
6.3 Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.
7. Содержание государственного экзамена.
7.1 Тестирование
7.2 Практические навыки.
7.3. Устное собеседование
8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

Приложения

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.

Цель - определение соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры требованиям Государственному образовательному стандарту послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.73 «Стоматология терапевтическая».

Задачи:

— установление уровня подготовки выпускника к выполнению профессиональных задач (оценка степени сформированности всех компетенций, предусмотренных Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.73 «Стоматология терапевтическая», характеризующих готовность выпускников к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации - врач – стоматолог-терапевт).

— принятие решения о выдаче обучающемуся, успешно прошедшему итоговую государственную аттестацию по программе ординатуры, диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации.

2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры

Итоговая государственная аттестация относится к базовой части программы - Блок 3. итоговая государственная аттестация и завершает процесс освоения имеющих государственную аккредитацию образовательных программ ординатуры.

Итоговая государственная аттестация образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.73 «Стоматология терапевтическая» завершается присвоением квалификации " врач – стоматолог-терапевт".

3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путём обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- физические лица женского пола (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку готовности выпускников, освоивших программу ординатуры, к следующим видам профессиональной деятельности:

— профилактическая;
— диагностическая;
— лечебная;
— реабилитационная;
— психолого-педагогическая;
— организационно-управленческая.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

а) готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу - УК1;

б) готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные,

этнические, конфессиональные и культурные различия - УК2;

в) готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также

по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование - УК3.

Профессиональные компетенции (ПК):

а) профилактическая деятельность:

1) готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания - ПК1;

2) готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией - ПК2;

3) готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях - ПК3;

4) готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медикостатистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков - ПК4;

б) диагностическая деятельность - готовностью к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - ПК5;

в) лечебная деятельность:

1) готовностью к ведению, и лечению пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической стоматологической медицинской помощи - ПК6;

2) готовностью к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации - ПК7;

г) реабилитационная деятельность - готовностью к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторнокурортном лечении - ПК8;

д) психолого-педагогическая деятельность - готовностью к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих - ПК9;

е) организационно-управленческая деятельность:

1) готовностью к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях - ПК10;

1) готовностью к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей - ПК11.

4.Форма и структура итоговой государственной аттестации

4.1.Форма итоговой государственной аттестации

Итоговая государственная аттестация обучающихся по образовательной программе ординатуры 31.08.73 «Стоматология терапевтическая» проводится в форме государственного экзамена.

4.2.Трудоёмкость итоговой государственной аттестации

Объем итоговой государственной аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) - сдачу государственного экзамена.

4.3.Структура итоговой государственной аттестации

В Блок 3 " Итоговая Государственная аттестация" входят подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена. Перед государственным экзаменом по специальности для ординаторов проводятся предэкзаменационные консультации по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в три этапа:

1 этап - тестирование, проводится для получения сертификата специалиста, имеет целью определить готовность специалиста к самостоятельной профессиональной (медицинской) деятельности (согласно Приказу Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 31.05.2022г №477 «Об утверждении Порядка приема граждан на обучение по образовательным программам послевузовского профессионального образования – программам ординатуры, а также Порядка реализации образовательных программ послевузовского профессионального образования – программ ординатуры» (регистрационный № 11145 от 15 июля 2022 года) (САЗ 22-27)). Во время тестирования обучающийся выбирает правильный(е) ответ(ы) из предложенных нескольких вариантов ответов. Каждый обучающийся отвечает на 100 тестовых вопросов, на решение которых отводится 120 минут(2 астрономических часа).

2 этап - оценка практических навыков и умений - состоит из демонстрации практических навыков и умений, приобретенных в результате освоения программы ординатуры.

3 этап – устный экзамен по дисциплине Стоматология терапевтическая с целью определения сформированности профессиональных компетенций выпускника, профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения. Каждый билет состоит из пяти теоретических вопросов, в процессе проведения государственного экзамена обучающемуся могут быть заданы уточняющие или дополнительные вопросы в рамках билета. На подготовку к ИГА ординатору выделяется 2 недели. После выбора билета ординатор готовится к ответу 30 минут, отвечает согласно регламенту 20 минут. По решению комиссии обучающийся может быть освобожден от необходимости полного ответа на вопрос билета, уточняющий или дополнительный вопрос.

Этапы государственного экзамена	Компетенции, которые оцениваются в ходе этапа
1 этап - в форме тестирование	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7 ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11.
2 этап - оценка практических навыков и умений	
3 этап – устный экзамен по дисциплине	

5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.

Проведение ИГА определяется календарным учебным графиком, выполнением индивидуального плана ординатора и расписанием ИГА.

Перед итоговой государственной аттестацией обучающиеся должны ознакомиться с программой ИГА. Подготовка к государственному экзамену может проводиться в формах, как устного повторения пройденных дисциплин (с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д.), так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.

6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации. Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

6.1. **Критерии оценки результатов тестирования**

Подведение **итогов 1 этапа в форме тестирования. Результат решения тестов оценивается по ятибалльной системе:**

- 49% и менее правильных ответов - «неудовлетворительно»;
- 50% - 70% - «удовлетворительно»;
- 71% - 84% - «хорошо»;
- 85% - 100% - «отлично».

6.2. Критерии оценки практических навыков и умений

Результаты 2 этапа определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол ИГА. Обучающиеся, получившие оценку «неудовлетворительно» к 3 этапу государственного экзамена не допускается, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений;

- «хорошо» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет;

- «удовлетворительно» - обучающийся обладает удовлетворительными теоретическими знаниями - знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний - не знает методики выполнения, практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и т.д.; и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

6.3. Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.

Результаты 3 этапа государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «хорошо» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «удовлетворительно» - обучающийся показывает частичное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз с учетом принятой классификации. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций, демонстрируя поверхностное знание предмета;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не показывает освоение планируемых результатов обучения по пройденным темам, не может сформулировать диагноз или неправильно его ставит. Не может правильно ответить на большинство дополнительных вопросов, характеризующих уровень освоения необходимых компетенций.

7. Содержание государственного экзамена

7.1.Тестировние: Приложение 1
7.2.Практические навыки: Прилодение 2
7.3.Устное собеседование Приложение 3

8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

1. Максимовский Ю.М., Митронин А.В. Терапевтическая стоматология / М.: Гэотар-Медиа, 2012. – 322 с.
2. Хирургическая стоматология: учебник. Афанасьев В.В. М.: Гэотар- Медиа, 2011
3. История медицины: учебник Ю. П. Лисицын М.: Гэотар- Медиа, 2011
4. Варламов П.Г., Михайлова Р.И. Материаловедение в ортопедической стоматологии. Якутск Издательство СВФУ, 2012
5. Максимовский Ю.М., Митронин А.В. Терапевтическая стоматология / М.: Гэотар-Медиа, 2012. – 322 с.
6. Е.В. Боровский. Терапевтическая стоматология. / Учебник для ВУЗов. Москва. 2011г
7. В.А. Клемин, А.В. Павленко, В.Н. Арендарюк и др.; под. ред. В.А. Клемина. Неотложная помощь в стоматологии / Донецк: Издатель Заславский А.Ю, 2011
8.Афанасьев В.В. Хирургическая стоматология. Практическое руководство / Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011
9.В.А. Клемин, А.В. Павленко, В.Н. Арендарюк и др.; под. ред. В.А. Клемина. Неотложная помощь в стоматологии / Донецк: Издатель Заславский А.Ю, 2011
10. Под ред. И. Ю. Лебеденко, Э. С. Каливраджияна. Учебник Ортопедическая стоматология – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 640 с.: ил.

Дополнительная литература:

1.Терапевтическая стоматология: учебник: в 3 частях. Ч.3. Заболевания слизистой оболочки
. Абдурахманов А.И. Материаловедение и технология в ортопедической стоматологии. М.: Медицина, 2001
2. Трезубов В.Н. Ортопедическая стоматология (факультативный курс) 6-е изд. - СПб.: Фолиант, 2002. -156с.
3. Ломиашвили Л.М., Аюпова Л.Г. Художественное моделирование и реставрация зубов. – М.: Медицинская книга, 2004. - 328с.
4. Трезубов В.Н., Мишнев Л.М. и др. Ортопедическая стоматология. Прикладное материаловедение. –СПб.: СпецЛит, 2003.
5. Поюровская И.Я.Стоматологическое материаловедение: учебное пособие.2008. - 192 с..
6.Терапевтическая стоматология: учебник: в 3 частях. Ч. 3. Заболевания слизистой оболочки полости рта, – под ред. проф. Г. М. Барера. - Москва: ГЭОТАР-Медиа. – 2010- - 245 с.
7.Рациональная фармакотерапия в стоматологии: Руководство для практических врачей / Под редакцией Г.М. Барера, Е.В. Зорян. – М., Литтера, 2006 г. с 176.
8. Запись и ведение истории болезни: Практическое руководство. Афанасьев В.В, Барер Г.М., Ибрагимов Т.И. – М., ФГОУ ВУНМЦ Росздрава, 2006 г., 320 с.
9.Курякина Н.В. Заболевания пародонта /Н.В. Курякина, Т.Ф. Кутепова. – М.: Медицинская книга, Н.Новгород: Изд-во НГМА, 2003. – 250с. С. 5 – 25.
10.Афанасьев В.В. Хирургическая стоматология. Практическое руководство / Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011
10. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология/ М.: Медицина, 2003
11.В.М. Безрукава, Т.Г. Робустова. Том 1, 2. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии/ М.: Медицина, 2000
12. В. И. Стош, С.А. Рабинович. Общее обезболивание и седация в детской стоматологии: руководство для врачей / Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2007
13. Ю.Г. Кононенко. Местное обезболивание в амбулаторной стоматологии/ М.: Книга плюс, 2004

14.Л.В. Харьков и др. Справочник хирурга стоматолога / М.: Книга плюс, 2003
Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология/ М.: Медицина, 2003
15. В.М. Безрукава, Т.Г. Робустова. Том 1, 2. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии/ М.: Медицина, 2000
16. В. И. Стош, С.А. Рабинович. Общее обезболивание и седация в детской стоматологии: руководство для врачей / Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2007
17. Ю.Г. Кононенко. Местное обезболивание в амбулаторной стоматологии/ М.: Книга плюс, 2004
18. Л.В. Харьков и др. Справочник хирурга стоматолога / М.: Книга плюс, 2003

Приложение 1

1. Клинической коронкой называют часть зуба?
а) покрытую эмалью
б) покрытую цементом
в) выступающую в полость рта

2. Среднее соотношение анатомической коронки к корню зуба составляет?
а) 1:1
б) 1:2
в) 1:3

3. Высота коронки от резцов к молярам:
а) увеличивается
б) не меняется
в) уменьшается

4. Возрастное изменение зубов в норме:
а) истирание эмали бугров, режущих краев
б) обнажение корней на 1/4 - 1/3 длины
в) смещение зубов в дистальном направлении

5. Травление эмали применяют с целью?
а) обезжиривания твердых тканей
б) образования микрощелей между кристаллами гидроксиапатита

6. Наибольшую толщину имеет эмаль?
а) бугров клыков, премоляров и моляров
б) контактных поверхностей моляров
в) вестибулярной поверхности резцов

7. Свойства стеклоиономерных цементов:
а) коэффициент термического расширения близкий к тканям зуба
б) высокая усадка
в) высокая механическая прочность
г) нерастворимость в полости рта
д) низкая объемная усадка

8. Стеклоиономерные цементы применяются для:
а) лечебных прокладок
б) повязок
в) постоянных пломб
г) изолирующих прокладок

9. Поликарбоксилатный цемент это:
а) окись цинка, раствор полиакриловой кислоты
б) окись цинка, раствор ортофосфорной кислоты
в) окись цинка, дистиллированная вода

10. К цинк-фосфатным цементам относятся:
а) силидонт
б) унифас
в) силицин
г) белацин
д) адгезор

11. Цинк-фосфатные цементы используются для:
а) изоляции пульпы
б) временного пломбирования
в) фиксации ортопедических конструкций
г) пломбирования каналов

12. Толщина дентина моляров составляет в среднем?
а) 0,5 - 1,5 мм
б) 2,5 - 3,5 мм
в) 5,0 - 6,0 мм

13. Бумажные корневые штифты используют для:
а) измерения длины корневого канала
б) высушивания корневого канала
в) постоянного пломбирования корневого канала

14. Недостаток лечебных прокладок в виде нетвердеющих паст?
а) трудность внесения в полость
б) малая адгезия к твердым тканям
в) высокая усадка
г) низкие прочностные свойства

15. Полосами Гунтера-Шрегера называют:
а) линии минерализации эмали
б) различное расположение эмалевых призм на шлифе
в) межпризменное пространство

16. Эмалевые призмы по отношению к эмалево-дентинной границе зуба располагаются:
а) параллельно
б) перпендикулярно
в) тангенциально

17. Линиями Рециуса называют:
а) различное расположение эмалевых призм на шлифе
б) линии минерализации эмали
в) валикообразные образования шейки зуба

18. Самый минимальный размер файла?
а) 08
б) 10
в) 04
г) 06

19. К отлому эндодонтического инструмента в корневом канале приводит:
а) несоблюдение предельных углов поворота инструмента
б) отсутствие рентгенограммы зуба
в) работа во влажном канале
г) отсутствие прямого доступа к каналу
д) неоднократная стерилизация инструмента

20. Целью обследования больного является:
а) установление диагноза
б) выбор метода лечения
в) выбор инструментария

21. Расспрос больного начинают:
а) со сбора жалоб
б) со сведений о перенесенных заболеваниях
в) с истории заболевания
г) с истории жизни

22. Методы обследования больного делятся на:
а) основные и дополнительные
б) основные и косвенные
в) инструментальные и визуальные

23. Интенсивность зубной боли зависит от:
а) психоэмоционального статуса пациента
б) времени суток
в) нозологической формы
г) всего перечисленного

24. К перфорации стенки корня может привести:
а) игнорирование последовательности прохождения корневого канала разными размерами инструментария, от меньшего к большему
б) несоблюдение предельных углов поворота инструмента

25. По назначению стоматологический инструментарий разделяется на группы:
а) да
б) нет

26. Под влиянием металлических конструкций в полости рта в слюне:
а) изменяется pH
б) изменяется вязкость
в) меняется концентрация микроэлементов

27. Лечебный прокладочный материал на полимерной основе, содержащий гидроокись кальция?
а) лайф
б) кальмецин
в) каласепт

28. Стоматологический шпатель используют:
а) для замешивания пломбировочного материала
б) для осмотра полости рта

29. Микроретенция пломбировочного материала - это:
а) фиксация пломбы за счет конвергенции стенок кариозной полости
б) фиксация пломбировочного материала в ретенционных пунктах
в) проникновение адгезива и пломбировочного материала в микропространство протравленной эмали
г) фиксация пломбы за счет анкеров, пинов, постов

30. Праймер - это вещество:
а) с высокой смачивающей способностью, облегчающее проникновение в поры и углубления дентина и эмали пломбировочного материала
б) обеспечивающее сцепление композита и дентина (базовой прокладки)
в) растворяющее минеральные структуры эмали

31. Общие осложнения при проведении местной анестезии:
а) интоксикация
б) обморок
в) коллапс
г) анафилактический шок

32. Влияние слюны на поражаемость зубов кариесом:
а) чем меньше суточное выделение слюны, тем выше поражаемость кариесом
б) чем больше суточное выделение слюны, тем выше поражаемость зубов

33. Бонд - это вещество:
а) с высокой смачивающей способностью, облегчающее проникновение в поры и углубления дентина и эмали пломбировочного материала
б) обеспечивающее сцепление композита и дентина (базовой прокладки)
в) растворяющее минеральные структуры эмали

34. Противопоказания к проведению местного обезболивания?
а) лечение осложненного кариеса
б) большой объем оперативного вмешательства
в) удаление зуба
г) повышенная чувствительность к анестетику

35. Задача премедикации в стоматологической практике:
а) снижение психоэмоционального напряжения
б) снижение порога болевой чувствительности
в) торможение нежелательных рефлекторных реакций
г) все перечисленное

36. Путь введения анестетика при стоматологических вмешательствах:
а) инъекционный
б) аппликационный
в) безыгольное введение под давлением
г) все перечисленные

37. Неинъекционный вид анестезии:
а) аппликационная
б) инфильтрационная
в) проводниковая

38. Лекарственные препараты, используемые для местного обезболивания:
а) фторотан, закись азота
б) каллипсол, сомбревин
в) новокаин, тримекаин, лидокаин, артикаин.

39. Для повышения кариес-резистентности эмали адгезивные системы IV и V поколения содержат:
а) фтористые соединения
б) кальциевые соединения
в) фосфатные соединения

40. Показания для местного инъекционного обезболивания:
а) лечение и удаление зубов
б) проведение небольших амбулаторных операций
в) шинирование переломов, первичная обработка ран

41. Создаваемая местным источником освещенность не должна превышать уровень общего освещения более чем:
а) в 5 раз
б) в 10 раз
в) в 15 раз

42. Для чего используют корневой плаггер?
а) для вертикальной конденсации гуттаперчи в корневых каналах
б) для латеральной конденсации гуттаперчи в корневых каналах
в) для определения проходимости корневых каналов

43. Эндодонтический инструментарий по стандартам ISO маркируется?
а) цветом ручки инструмента
б) цветом рабочей части
в) цифрами (указана длина)
г) цифрами (указан диаметр рабочей части)
д) геометрической фигурой

44. Классификация эндодонтического инструментария выделяет группы инструментов:
а) инструменты для пломбирования корневого канала
б) инструменты для обработки канала
в) инструменты для осмотра полости зуба
г) инструменты для прохождения и расширения корневого канала
д) диагностические эндодонтические инструменты
е) инструменты для удаления пульпы
ж) инструменты для расширения устьев корневых каналов

45. Перечислите изменения, происходящие в пульпе зуба при патологии твердых тканей зуба:
а) увеличение числа клеточных элементов, гипертрофия одонтобластов
б) атрофия одонтобластов, частичная или полная их вакуолизация, нарушение васкуляризации
в) образование экссудата, некроз пульпы

46. "Мраморной" болезнью зубов называют:
а) наследственное нарушение развития дентина
б) наследственное нарушение развития эмали
в) врождённый семейный остеосклероз
г) наследственное нарушение развития дентина и эмали

47. Укорочение длины корней зубов, отсутствие полости зуба и корневых каналов характерно для:
а) несовершенный амелогенез
б) несовершенный дентиногенез
в) мраморная болезнь

48. Системная гипоплазия поражает зубы:
а) временные
б) постоянные
в) временные и постоянные

49. Зубы Гетчинсона, Пфлюгера и Фурнье являются разновидностью:
а) местной гипоплазии
б) системной гипоплазии

в) эндемического флюороза
50. Кариесоиммунные зоны зуба:
а) контактный пункт
б) пришеечная область
в) апроксимальная поверхность
г) бугры и режущий край
д) фиссуры

51. Для отверждения фотокомпозита применяют свет:
а) солнечный
б) ультрафиолетовый
в) галогеновый с длиной волны 400-500 нм
г) инфрокрасный

52. Микроорганизмы, играющие ведущую роль в возникновении кариеса зубов:
а) стрептококки
б) стафилококки
в) фузобактерии
г) грибы рода Кандида

53. Наиболее кариесогенный углевод:
а) галактоза
б) сахароза
в) фруктоза
г) мальтоза

54. Смазанный слой это:
а) слишком толстый слой бонда
б) слой, ингибированный кислородом
в) механически деструктурированный поверхностный слой дентина

55. Первый этап препарирования кариозной полости:
а) обработка краев эмали
б) раскрытие кариозной полости
в) расширение кариозной полости
г) некрэктомия
д) формирование кариозной полости

56. Второй этап препарирования кариозной полости:
а) обработка краев эмали
б) раскрытие кариозной полости
в) расширение кариозной полости
г) некрэктомия
д) формирование кариозной полости

57. Заключительный этап препарирования кариозной полости:
а) обработка краев эмали
б) раскрытие кариозной полости
в) расширение кариозной полости
г) некрэктомия
д) формирование кариозной полости

58. В кариозной полости не существует:
а) краев
б) дна
в) углов
г) стенок
д) крыши

59. Изучение рентгенограммы проводят?
а) до расспроса
б) после расспроса до осмотра
в) после расспроса и осмотра

60. При электроодонтодиагностике определяется состояние?
а) пульпы
б) твердых тканей зуба

в) костной ткани челюсти
г) десны

61. Токсический (ятрогенный) пульпит развивается вследствие:
а) травления эмали
б) наложения девитализирующей пасты
в) обработки глубокой кариозной полости концентрированными растворами антисептиков

62. Форма пульпита, протекающая остро:
а) гипертрофический
б) гангренозный
в) фиброзный
г) диффузный

63. Форма хронического пульпита:
а) фиброзный
б) диффузный
в) очаговый

64. Текучие композиты применяются для?
а) герметизации фиссур
б) пломбирования небольших полостей 2 класса
в) пломбирования небольших полостей 3 класса
г) пломбирования небольших полостей 5 класса

65.Микротвердость эмали при кариесе в стадии пятна:
а) снижается
б) повышается
в) не изменяется

66.Наиболее характерный клинический симптом при кариесе разных стадий – боль:
а) самопроизвольная
б) сохраняющаяся после устранения раздражителя
в) только в присутствии раздражителя

67.Полость при поверхностном кариесе локализуется в пределах:
а) эмали
б) эмали и дентина
в) эмали, дентина и предентина

68.Глубокий кариес дифференцируют:
а) со средним кариесом
б) с хроническим пульпитом
в) с хроническим периодонтитом
г) с флюорозом

69.Протравливание эмали обеспечивает контакт эмали зуба с композиционным материалом по принципу:
а) микросцепления
б) химического взаимодействия
в) адгезии

70. Для сэндвич-техники пломбирования используется сочетание материалов:
а) фосфат цемент и амальгама
б) стеклоиономерный цемент и композит
в) фосфат цемент и стеклоиономерный цемент

71.Для лучшей ретенции композиционного материала эмаль подготавливают путем:
а) фторирования
б) создания фальца
в) кислотного протравливания

72.Для протравливания эмали перед пломбированием композиционным материалом используется кислота:
а) соляная
б) плавиковая
в) ортофосфорная

73. Стеклоиономерные цементы применяются для:
а) лечебных прокладок
б) повязок
в) постоянных пломб
г) изолирующих прокладок

74.По виду полимеризации композиционные материалы подразделяются на:
а) светоотвердеющие
б) химического отверждения
в) двойного отверждения
г) инфракрасного отверждения

75. Резкая приступообразная боль в челюстно-лицевой области отмечается при:
а) глубоком кариесе
б) остром пульпите
в) невралгии тройничного нерва

76.Ятрогенный пульпит может возникнуть в результате:
а) перегрева зуба при нарушении режима препарирования твердых тканей
б) гипоплазии эмали
в) чрезмерной глубины обработки при формировании полости
г) эрозии эмали
д) случайного введения парапульпарного штифта в полость зуба
е) кариеса

77.Метод лечения хронического гангренозного пульпита:
а) витальная ампутация
б) витальная экстирпация
в) биологический метод
г) девитальная экстирпация
д) резекция верхушки корня

78. Основной принцип препарирования кариозной полости?
а) профилактическое иссечение твердых тканей зуба до иммунных зон
б) принцип биологической целесообразности
в) принцип технической целесообразности
г) предельно полное иссечение пораженных тканей и щадящее отношение к здоровым

79.Для удаления пульпы из корневого канала предназначен:
а) стоматологический зонд
б) рашпиль
в) пульпоэкстрактор
г) бурав Хэдстрема
д) каналонаполнитель
80.Медикаментозные препараты для обработки корневых каналов должны:
а) обладать бактерицидными свойствами
б) быть инертными по отношению к микроорганизмам
в) не раздражать ткани периодонта
г) оказывать токсическое действие на ткани периодонта
д) глубоко проникать в дентинные канальцы

81. Для стерилизации стоматологических зеркал применяют:
а) антисептические растворы
б) автоклавирование
в) сухожаровой метод

82. Постоянная ноющая боль в челюстно-лицевой области отмечается при:
а) клиновидном дефекте
б) глубоком кариесе
в) хроническом периодонтите

83.Хронический гангренозный пульпит отличается от хронического фиброзного пульпита наличием:
а) кариозной полости средней глубины
б) болей от горячего
в) деструкции костной ткани в апикальной области

84.При хроническом фиброзном пульпите в пульпе происходит:
а) некроз ткани пульпы
б) фиброзное перерождение пульпы
в) значительное разрастание грануляционной ткани
г) резкое увеличение волокнистых элементов
д) акантолиз

85. Режущие инструменты и зеркала после стерилизации следует хранить?
а) в 96% спирте
б) в 70% спирте
в) в 6% растворе перекиси водорода
г) в 3% растворе перекиси водорода

86.Наличие кариозной полости может быть причиной периодонтита:
а) травматического
б) инфекционного
в) медикаментозного

87.Сообщение кариозной полости с полостью зуба характерно для периодонтита:
а) острого
б) хронического

88.Раскрытие полости зуба при эндодонтическом лечении проводится с целью:
а) улучшения фиксации пломбы
б) улучшения доступа к каналу корня
в) удаления коронковой пульпы

89.При хроническом фиброзном периодонтите на рентгенограмме определяется:
а) расширение периодонтальной щели в периапикальной области
б) разрежение костной ткани округлой формы с четкими контурами в периапикальной области
в) разрежение костной ткани у верхушки корня без четких границ

90.Для постоянного пломбирования корневых каналов используются штифты:
а) бумажные
б) гуттаперчивые
в) парапульпарные

91.Для временного пломбирования корневых каналов используются:
а) гидроокись кальция
б) фосфат цемент
в) ледермикс
г) форфенан

92. Острая самопроизвольная боль в челюстно-лицевой области отмечается при:
а) остром пульпите
б) глубоком кариесе
в) эрозии эмали
г) неврите лицевого нерва

93.Для определения длины корня зуба используют:
а) апекс-локатор
б) рентгенологическое исследование
в) электроодонтодиагностику
г) депофорез

94. Герметики используют для профилактики:
а) кариеса
б) флюороза
в) гипоплазии

95.Пломбирование корневого канала произведено правильно:
а) корневая пломба должна немного выходить за апекс
б) корневая пломба не должна доходить до апекса на 3-4 мм
в) корневая пломба не должна доходить до апекса на 0,5-2 мм

96.Критерием выбора метода хирургического лечения пародонтита являются:
а) жалобы больного
б) глубина кармана
в) длительность болезни
г) общее состояние больного

97.При глубине кармана более 5 мм целесообразно провести:
а) кюретаж
б) открытый кюретаж
в) лоскутную операцию

98.Окраска десны при пародонтозе:
а) цианотичная
б) бледная
в) гиперемированная

99. Достоинство фотокомпозитных пломбировочных материалов:
а) достаточное время для моделирования реставрации
б) высокая прочность на истирание и сжатие
в) цветостойкость
г) соответствие цвета и прозрачности эмали и дентину зуба

100.Требование к материалам для корневых каналов:
а) не оказывать раздражающего действия на ткани периодонта
б) иметь длительное время твердения
в) обладать химической связью с дентином
г) обладать пластикостимулирующим и противовоспалителеным действием
д) не разрушаться под действием тканевой жидкости

Приложение 2

1.Проведение сбора жалоб и анамнеза стоматологического пациента.
2. Проведение внешнего осмотра челюстно-лицевой области стоматологического пациента.
3. Проведение осмотра полости рта
4. Зондирование кариозной полости, некариозных поражений
5. Перкуссия зубов
6. Определение чувствительности зубов на холод (термопробы)
7 Определение индекса гигиены
8. Заполнение истории болезни стоматологического больного.
9. Заполнение формы №37 и №39
10. Профилактическая обработка зубов противокариозными средствами.
11. Реминерализирующая терапия кариеса зубов в стадии пятна и оценка ее эффективности.
12. Препарирование кариозной полости I класса по Блэку
13. Препарирование кариозной полости II класса по Блэку
14. Препарирование кариозной полости III класса по Блэку
15. Препарирование кариозной полости IV класса по Блэку
16. Препарирование кариозной полости V класса по Блэку
17. Промывание и высушивание кариозной полости
18. Наложение на дно кариозной полости лечебных прокладок, наложение изолирующих прокладок из цинк-фосфатного, стеклоиономерного цемента.
19. Протравливание эмали и дентина.
20. Нанесение на стенки кариозной полости бонда.
21. Пломбирование кариозной полости I класса по Блэку фотокомпозитами.
22. Пломбирование кариозной полости II класса по Блэку фотокомпозитами.
23. Пломбирование кариозной полости III класса по Блэку фотокомпозитами.
24. Пломбирование кариозной полости IV класса по Блэку фотокомпозитами.
25. Пломбирование кариозной полости V класса по Блэку фотокомпозитами.
26. Пломбирование кариозной полости I класса по Блэку композитом химического отверждения
27. Пломбирование кариозной полости I класса по Блэку стеклоиономерным цементом.
28. Наложение и укрепление матрицы, матрицедержателя при пломбировании кариозных полостей II класса по Блэку,
29. Наложение клина при пломбировании кариозных полостей II класса по Блэку,
30. Пломбирование кариозной полости II класса по Блэку композитом химического отверждения
31. Пломбирование кариозной полости II класса по Блэку, используя открытую сэндвич-технику.
32. Пломбирование кариозной полости II класса по Блэку, используя закрытую сэндвич-технику.
33. Пломбирование кариозной полости V класса по Блэку стеклоиономерным цементом.
34. Пломбирование кариозной полости V класса по Блэку цинк-фосфатным цементом.
35. Восстановление зубов при клиновидных дефектах, эрозиях твердых тканей
36. Финишная обработка пломб.
37.Вскрытие полости зуба, наложение девитализирующей пасты и временной пломбы.
38. Вскрытие и раскрытие полости зуба в моляре, нахождение устьев корневых каналов.
39. Вскрытие и раскрытие полости зуба в премоляре, нахождение устьев корневых каналов.
40. Вскрытие и раскрытие полости зуба в резце, нахождение корневого канала.
41. Удаление распада пульпы из коронковой части полости зуба и корневых каналов
42. Определение рабочей длины корня.
43. Расширение устьев и инструментальная обработка корневых каналов в моляре (по методике step-back).
44. Расширение устьев и инструментальная обработка корневых каналов в премоляре (по методике step-back)
45. Расширение устьев и инструментальная обработка корневых каналов в моляре (по методике Crown Down).
46. Расширение устьев и инструментальная обработка корневых каналов в премоляре (по методике Crown Down)
47. Временное пломбирование корневых каналов пастами, содержащими гидроокись кальция.
48. Пломбирование корневых каналов пастой.
49. Пломбирование корневых каналов моляра методом латеральной конденсации
50. Пломбирование корневых каналов премоляра методом латеральной конденсации
51. Пломбирование корневого канала резца методом латеральной конденсации
52. Использование анкерных штифтов при пломбировании кариозных полостей
53. Описание данных прицельных рентгеновских снимков зубов, ортопантомограмм
54. Дать оценку качества пломбирования корневых каналов
55. Избирательное пришлифовывание зубов и шинирование в комплексном лечении заболеваний пародонта.
56. Проведение профессиональной гигиены полости рта
57. Определение степени подвижности зубов.
58. Удаление наддесневых зубных отложений ручным способом

59. Удаление поддесневых зубных отложений ручным способом
60. Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений при помощи скаллера
61. Проведение аппликации, инстилляции лекарственного средства при болезнях пародонта
62. Наложение лечебной повязки при болезнях пародонта
63.Местная обработка патологически измененных участков слизистой оболочки полости рта соответствующими средствами.
64. Инъекции лекарственных средств по показаниям в подслизистый слой.
65.Отбеливание зубов
66. Проведение аппликационной анестезии
67. Проведение местной инфильтрационной анестезии.
68. Проведение интралигаментарной анестезии
69. Проведение интрасептальной анестезии
70. Проведение внутрипульпарной анестезии.
71. Оказание экстренной помощи при обмороке.
72. Оказание первой медицинской помощи при гипертоническом кризе.
73.Проведение профилактических осмотров пациентов, выявление патологии и нуждаемости в стоматологическом лечении.
74. Запечатывание фиссур герметиками
75. Овладение методикой наложения коффердама.

Приложение 3

1. Показатели стоматологической заболеваемости (распространенность, интенсивность, нуждаемость в лечении). Плановая санация полости рта Организационные формы плановой санации.
2. Качественные показатели работы врача-стоматолога.
3. Принципы организации работы терапевтического отделения стоматологической поликлиники.
4. Учетно-отчетная документация.
4. Теории происхождения кариеса зубов (И.Г.Лукомский, Д.А.Энтин, Миллер и др.).
5. Современные взгляды на этиологию и патогенез кариеса зубов.
6. Роль иммунных механизмов в развитии кариеса и его осложнений.
7. Кариес в стадии пятна. Клиника, методы диагностики, дифференциальная диагностика, лечение.
8. Поверхностный кариес. Клиника, методы диагностики, дифференциальная диагностика, лечение.
9. Средний кариес. Клиника, методы диагностики, дифференциальная диагностика, лечение.
10. Глубокий кариес. Клиника, методы диагностики, дифференциальная диагностика, лечение. Профилактика осложнений при лечении глубокого кариеса.
11. Некариозные поражения, возникающие после прорезывания зубов (клиновидный дефект, эрозия эмали). Этиология, клиника, лечение, профилактика.
12. Некариозные поражения, возникающие после прорезывания зубов: патологическая стираемость, гиперестезия. Этиология, клиника, комплексное лечение, профилактика.
13. Гипоплазия. Этиология, патогенез, классификация, лечение.
14. Флюороз. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
15. Некроз твердых тканей зубов. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
16. Травма зубов. Этиология, патогенез, клиника, диагностика.
17. Реставрация коронковой части зуба композиционными материалами. Парапульпарные и внутрипульпарные штифты.
18. Дисколориты твердых тканей зуба. Отбеливание зубов. Показания. Методика проведения. Ошибки и осложнения.
19. Современные реставрационные материалы. Классификация, показания к применению.
20. Методика реставрации зубов современными пломбировочными материалами.
21. Ошибки и осложнения при лечении кариеса зубов.
22. Профилактика кариеса. Основные принципы построения профилактической работы.
23. Анатомо-физиологические особенности строения пульпы. Функции пульпы.
24. Анатомия полости зуба и корневых каналов. Методы измерения рабочей глубины корневого канала.
25. Острый очаговый пульпит. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
26. Острый диффузный пульпит. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
27. Хронический фиброзный пульпит. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
28. Хронический гипертрофический пульпит. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
29. Хронический гангренозный пульпит. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
30. Ретроградный пульпит. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
31. Биологический метод лечения пульпита. Показания, противопоказания, методика проведения, ошибки и осложнения.
32. Витально-ампутационный метод лечения пульпита. Показания, противопоказания, методика проведения, ошибки и осложнения.
33. Витально-экстирпационный метод лечения пульпита. Показания, противопоказания, методика проведения, ошибки и осложнения, их профилактика.
34. Девитально-ампутационный метод лечения пульпита. Импрегнационные методы. Показания, механизм действия. Ошибки и осложнения.
35. Девитально-экстирпационный метод лечения пульпита. Показания, методика проведения, ошибки и осложнения.
36. Ошибки и осложнения при лечении пульпита.
37. Анатомо-физиологические особенности строения периодонта. Функции периодонта.
38. Острый верхушечный периодонтит. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
39. Хронический фиброзный периодонтит. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

40. Хронический гранулирующий периодонтит. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
41. Хронический гранулематозный периодонтит. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
42. Деструктивные формы хронического верхушечного периодонтита. Особенности лечения. Современные методы воздействия на очаг в периапикальных тканях.
43. Эндодонтический инструментарий. Классификация, назначение, стандартизация.
44. Инструментальная обработка (препарирование) корневого канала. Методики.
45. Медикаментозная обработка корневого канала. Пломбирование корневого канала. Пломбировочные материалы для корневых каналов. Штифты, методы пломбирования штифтами.
46. Ошибки и осложнения при лечении верхушечного периодонтита.
47. Ошибки и осложнения эндодонтического лечения.
48. Анатомо-физиологические особенности строения пародонта. Функции пародонта.
49. Назубные отложения, их роль при патологии болезней пародонта. Способы выявления зубных отложений. Оценка гигиенического состояния полости рта.
50. Классификация заболеваний пародонта. Современные представления об этиологии и патогенезе заболеваний пародонта.
51. Методы обследования больных с патологией пародонта.
52. Гипертрофический гингивит. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
53. Катаральный гингивит. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
54. Пародонтит. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика.
55. Пародонтоз. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, методы лечения.
56. Дифференциальная диагностика заболеваний пародонта.
57. Профилактика заболеваний пародонта. Методы и средства. Роль гигиены полости рта в профилактике и лечении заболеваний пародонта.
58. Методы обследования больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта.
59. Стоматиты травматического происхождения. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
60. Лейкоплакия. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, диспансеризация.
61. Аллергические реакции. Контактные аллергические стоматиты, токсикоаллергические стоматиты.
62. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
63. Кандидоз. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
64. Проявления в полости рта заболеваний крови (острый и хронический лейкоз, анемии). Клиника, дифференциальная диагностика. Роль врача-стоматолога в диагностике и комплексном лечении подобных больных.
65. Аномалии развития и заболевания языка. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
66. Стомалгия, глоссалгия. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
67. Эксфолиативный хейлит. Этиология, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
68. Гландулярный хейлит. Этиология, клиника, лечение.
69. Метеорологический хейлит. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
70. Актинический хейлит. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
71. Атопический хейлит. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
72. Контактный аллергический хейлит. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
73. Применение рентгенологических методов диагностики в клинике терапевтической стоматологии.
74. Обезболивание. Показания, противопоказания, методы проведения.
75.Стоматологические инструменты. Этапы стерилизации

ПАТОЛОГИЯ

1. Основные понятия нозологии. Болезнь как нарушение гомеостаза.
2. Номенклатура и классификация болезней.
3. Общая этиология. Общий патогенез. Причинно-следственные взаимоотношения в патогенезе.
4. Венозная гиперемия. Причины, механизмы, последствия.
5. ДВС - синдром. Стадии. Патогенез.
6. Экссудация. Механизмы развития. Значение.
7. Фагоцитоз при воспалении. Причины эмиграции лейкоцитов в очаг воспаления. Механизмы фагоцитарной деятельности лейкоцитов.
8. Понятие об иммунном гомеостазе, механизмы гуморального и клеточного иммунитета.
9. Опухоли. Определение сущности опухолевого роста. Этиология опухолей. Современные теории опухолевого роста. Современная классификация опухолей. Принципы ее построения. Вторичные изменения в опухолях.
10. Доброкачественные, злокачественные и опухоли с местным деструирующим ростом. Критерии злокачественности. Понятие о рецидиве.

ПЕДАГОГИКА

1. Определите место педагогики в системе современного человекознания.
2. Назовите способы структурирования содержания образования и проиллюстрируйте их на примере.
3. Дайте характеристику законодательным актам в сфере образования.
4. Какие документы составляют нормативную основу образования?
5. Что означает понятие «обучение»? Как ваше собственное понимание этого понятия соотносится с его научной трактовкой?
6. В чем обнаруживается сходство и различие процессов обучения и лечения как древнейших видов гуманитарной практики?
7. Какие типы и виды обучения оптимальны на доклиническом и клиническом этапах медицинского образования?
8. В чем суть поэтапного формирования знаний и умений? Пояснить на примерах.
9. Какие требования к выбору форм организации познавательной деятельности обучаемых на учебном занятии существуют в дидактике?
10. Что лежит в основе классификации форм организации познавательной деятельности? Как связаны между собой формы организации познавательной деятельности и цели обучения?
11. От чего зависит выбор форм организации познавательной деятельности к конкретному занятию?
12. Какие формы обучения наиболее рационально использовать на разных этапах обучения в медицинском вузе и при обучении разных категорий обучаемых (медицинский персонал, пациенты, их родственники)?

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ТУБЕРКУЛЕЗ

1. Этиология, эпидемиология и патогенез туберкулеза. Современная патоморфология туберкулеза. Понятие о множественной лекарственной устойчивости.
2. Клиническая классификация туберкулеза по МКБ-10. Классификация клинических форм туберкулеза челюстно-лицевой области (голова-шея).
3. Основные симптомы и синдромы легочного и внелегочного туберкулеза. Методы обследования больного туберкулезом: лабораторные, инструментальные.
4. Туберкулез при острых клинических ситуациях и в сочетании с сопутствующими заболеваниями: туберкулез и ВИЧ в практике врача-стоматолога.
5. Дифференциальная диагностика туберкулеза от неспецифических воспалительных заболеваний в практике врача-стоматолога. Алгоритм диагностики и тактика ведения.

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. Медицинское право, как отрасль права.
2. Источники медицинского права.
3. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья.
4. Права и обязанности медицинских работников.
5. Понятие и виды медико-социальной помощи.
6. Особенности медицинской услуги
7. Особенности регулирования труда медицинских работников
8. Правонарушение и юридическая ответственность
9. Гражданско-правовая ответственность субъектов предоставления и оказания медико-социальной помощи.
10. Дисциплинарная ответственность медицинских работников.
11. Административная ответственность должностных лиц.
12. Уголовная ответственность медицинских работников.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

1. Дайте определение науки «Общественное здоровье и здравоохранение». Задачи общественного здоровья и здравоохранения. Объект изучения общественного здоровья и здравоохранения.
2. Какие методы используют при изучении общественного здоровья и здравоохранения?
3. Назовите главные критерии оценки эффективности системы здравоохранения.
4. Назовите базовые функции системы здравоохранения.
5. Дайте определения фактора риска. Перечислите факторы риска и кратко охарактеризуйте.
6. Дайте определение медицинской демографии и перечислите ее основные разделы.

7. Перечислите известные Вам исторически сложившиеся на этапах развития названия предмета Общественное здоровье и здравоохранение. С чем связано существование большого числа названий предмета?

8. Воспроизводство населения (естественное движение населения).
Общие и специальные показатели, методика расчета, анализ и оценка
9.Миграция населения: внешняя, внутренняя (урбанизация,
сезонная). Факторы, ее определяющие. Влияние миграции на здоровье населения
10. Естественный прирост населения, факторы на него влияющие.
Противоестественная убыль населения.
11. Дайте определения “заболеваемость”, распространенность болезней”,
патологическая пораженность”
12.От чего зависит полнота учета заболеваемости?

Министерство здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики
Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Медицинский факультет
Центр медицинского послевузовского образования

УТВЕРЖДАЮ
Министр здравоохранения ПМР
_____К.В.Албул
«_4_» ___01___ 2024г.

СОГЛАСОВАНО
Ученым советом факультета
протокол № 5
от «29» ___12___ 2023г.
Председатель
Ученого совета факультета
_____Г.Н.Самко

ПРОГРАММА
ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ
образовательной программы
высшего образования- программы ординатуры

Специальность **31.08.51 ФТИЗИАТРИЯ**

Квалификация выпускника: врач – фтизиатр
Трудоемкость: 108 часов-3з.е.
Сроки проведения: 24.06.24 - 6.07.24г.

Тирасполь, 2023

Программа итоговой государственной аттестации образовательной программы высшего образования- программы ординатуры по специальности 31.08.51 Фтизиатрия разработана в соответствии с Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.51 Фтизиатрия (утвержденным Приказом Министерства Просвещения Приднестровской Молдавской Республики № 673 от 28.07.2021г. «Об утверждении и введении в действие Государственного образовательного стандарта послевузовского профессионального образования - ординатуры)

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании кафедры Терапии с циклом фтизиатрии протокол №4 от «28» ноября 2023г.
Заведующий кафедрой Терапии с циклом фтизиатрии _____Лосева Н.Г.

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УМК факультета

«12» 12 2023 г. (протокол № 4)

Председатель УМК _____ А.В. Васильчук

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УС факультета

«29» 12 2023г. (протокол № 5)

Председатель УС _____ Г.Н. Самко

Программу составили:

Доцент, к.м.н. _____Лосева Н.Г.

Ассистент _____ Обевзенко Н.М.

Содержание

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.
2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры
3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации.
4. Форма и структура итоговой государственной аттестации.
4.1 Форма итоговой государственной аттестации.
4.2 Трудоёмкость итоговой государственной аттестации.
4.3 Структура итоговой государственной аттестации.
5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.
6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации.
6.1 Критерии оценки результатов тестирования
6.2 Критерии оценки практических навыков и умений.
6.3 Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.
7. Содержание государственного экзамена.
7.1 Тестирование
7.2 Практические навыки.
7.3. Устное собеседование
8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

Приложения

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.

Цель - определение соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры требованиям Государственному образовательному стандарту послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.51 «Фтизиатрия».

Задачи:

— установление уровня подготовки выпускника к выполнению профессиональных задач (оценка степени сформированности всех компетенций, предусмотренных Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.51 «Фтизиатрия», характеризующих готовность выпускников к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации - врач - фтизиатр).

— принятие решения о выдаче обучающемуся, успешно прошедшему итоговую государственную аттестацию по программе ординатуры, диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации.

2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры

Итоговая государственная аттестация относится к базовой части программы - Блок 3. итоговая государственная аттестация и завершает процесс освоения имеющих государственную аккредитацию образовательных программ ординатуры.

Итоговая государственная аттестация образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.51 «Фтизиатрия» завершается присвоением квалификации " врач - фтизиатр".

3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путём обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- физические лица женского пола (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку готовности выпускников, освоивших программу ординатуры, к следующим видам профессиональной деятельности:

— профилактическая;
— диагностическая;
— лечебная;
— реабилитационная;
— психолого-педагогическая;
— организационно-управленческая.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

а) готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу - УК1;

б) готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные,

этнические, конфессиональные и культурные различия - УК2;

в) готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование - УК3.

Профессиональные компетенции (ПК):

а) профилактическая деятельность:

1) готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания - ПК1;

2) готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными - ПК2;

3) готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях - ПК3;

4) готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медикостатистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков - ПК4;

б) диагностическая деятельность - готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - ПК5;

в) лечебная деятельность:

1) готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании фтизиатрической медицинской помощи - ПК6;

2) готовностью к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации - ПК7;

г) реабилитационная деятельность - готовностью к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении - ПК8;

д) психолого-педагогическая деятельность - готовностью к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих - ПК9;

е) организационно-управленческая деятельность:

1) готовностью к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях - ПК10;

3. готовностью к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей - ПК11.

4.Форма и структура итоговой государственной аттестации

4.1.Форма итоговой государственной аттестации

Итоговая государственная аттестация обучающихся по образовательной программе ординатуры 31.08.51 «Фтизиатрия» проводится в форме государственного экзамена.

4.2.Трудоёмкость итоговой государственной аттестации

Объем итоговой государственной аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) - сдачу государственного экзамена.

4.3.Структура итоговой государственной аттестации

В Блок 3 " Итоговая Государственная аттестация" входят подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена. Перед государственным экзаменом по специальности для ординаторов проводятся предэкзаменационные консультации по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в три этапа:

1 этап - тестирование, проводится для получения сертификата специалиста, имеет целью определить готовность специалиста к самостоятельной профессиональной (медицинской) деятельности (согласно Приказу Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 31.05.2022г №477 «Об утверждении Порядка приема граждан на обучение по образовательным программам послевузовского профессионального образования – программам ординатуры, а также Порядка реализации образовательных программ послевузовского профессионального образования – программ ординатуры» (регистрационный № 11145 от 15 июля 2022 года) (САЗ 22-27)). Во время тестирования обучающийся выбирает правильный(е) ответ(ы) из предложенных нескольких вариантов ответов. Каждый обучающийся отвечает на 100 тестовых вопросов, на решение которых отводится 120 минут(2 астрономических часа).

2 этап - оценка практических навыков и умений - состоит из демонстрации практических навыков и умений, приобретенных в результате освоения программы ординатуры.

3 этап – устный экзамен по дисциплине Фтизиатрия с целью определения сформированности профессиональных компетенций выпускника, профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения. Каждый билет состоит из пяти теоретических вопросов, в процессе проведения государственного экзамена обучающемуся могут быть заданы уточняющие или дополнительные вопросы в рамках билета. На подготовку к ИГА ординатору выделяется 2 недели. После выбора билета ординатор готовится к ответу 30 минут, отвечает согласно регламенту 20 минут. По решению комиссии обучающийся может быть освобожден от необходимости полного ответа на вопрос билета, уточняющий или дополнительный вопрос.

Этапы государственного экзамена	Компетенции, которые оцениваются в ходе этапа
1 этап - в форме тестирование	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7 ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11.
2 этап - оценка практических навыков и умений	
3 этап – устный экзамен по дисциплине	

5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.

Проведение ИГА определяется календарным учебным графиком, выполнением индивидуального плана ординатора и расписанием ИГА.

Перед итоговой государственной аттестацией обучающиеся должны ознакомиться с программой ИГА. Подготовка к государственному экзамену может проводиться в формах, как устного повторения пройденных дисциплин (с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д.), так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.

6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации. Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

6.1. **Критерии оценки результатов тестирования**

Подведение **итогов 1 этапа в форме тестирования. Результат решения тестов оценивается по пятибалльной системе:**

- 49% и менее правильных ответов - «неудовлетворительно»;
- 50% - 70% - «удовлетворительно»;
- 71% - 84% - «хорошо»;
- 85% - 100% - «отлично».

6.2. Критерии оценки практических навыков и умений

Результаты 2 этапа определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол ИГА. Обучающиеся, получившие оценку «неудовлетворительно» к 3 этапу государственного экзамена не допускается, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений;

- «хорошо» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет;

- «удовлетворительно» - обучающийся обладает удовлетворительными теоретическими знаниями - знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний - не знает методики выполнения, практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и т.д.; и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

6.3. Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.

Результаты 3 этапа государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой

классификации, правильно отвечает на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «хорошо» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «удовлетворительно» - обучающийся показывает частичное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз с учетом принятой классификации. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций, демонстрируя поверхностное знание предмета;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не показывает освоение планируемых результатов обучения по пройденным темам, не может сформулировать диагноз или неправильно его ставит. Не может правильно ответить на большинство дополнительных вопросов, характеризующих уровень освоения необходимых компетенций.

7. Содержание государственного экзамена

7.1. Тестировние: Приложение 1
7.2. Практические навыки: Прилодение 2
7.3. Устное собеседование Приложение 3

8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

Основная литература:

1. Фтизиатрия [Электронный ресурс] : нац. рук. / [В. А. Аксенова и др.] ; под. ред. М. И. Перельмана. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 505 с. : ил. - URL : http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
2. Перельман, М. И. Фтизиатрия [Электронный ресурс] : [учеб. высш. проф. образования] / М. И. Перельман, И. В. Богадельникова. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 446 с. : ил. - URL : http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
3. Фтизиатрия [Электронный ресурс] : учебник / В. Ю. Мишин [и др.]. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 520 с. : ил. - URL : http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
4. Фтизиопульмонология [Текст] : [учеб. для мед. вузов] / В. Ю. Мишин, Ю. Г. Григорьев, А. В. Митронин, С. П. Завражнов. - М: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
5. Фтизиопульмонология [Электронный ресурс] : [учебник для мед. вузов] / В. Ю. Мишин, Ю. Г. Григорьев, А. В. Митронин и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 504 с.: ил. - URL : http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
6. Пульмонология [Электронный ресурс] : нац. рук. / [В. Н. Абросимов и др.] ; гл. ред. : А. Г. Чучалин. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 958 с. : ил. - URL : http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
7. Ланге, С. Лучевая диагностика заболеваний органов грудной клетки [Текст] : руководство : атлас : 1118 ил., 35 табл. / С. Ланге, Д. Уолш ; пер с англ. под ред. С. К. Тернового, А. И. Шехтера. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 431 с. : ил., табл. - Пер. изд. : Radiology of chest diseases / S. Lange, G. Walsh. - 3rd ed. (Stuttgart ; New York : Thieme).
8. Полунина, Н. В. Общественное здоровье и здравоохранение : учеб. для мед. вузов /Н. В. Полунина. - М. : Мед. информ. агентство, 2010.
9. Лисицын, Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение : учеб. для студентов мед.

вузов / Ю. П. Лисицын. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007.

Дополнительная литература:

1. Туберкулез. Особенности течения, возможности фармакотерапии : учеб. пособие для врачей / А. К. Иванов и др. ; под ред. А. К. Иванова. - Санкт-Петербург : Тактик- Студио, 2009. - 106 с. : ил.
2. Кошечкин, В. А. Tuberculosis : textbook : учеб. пособие на англ. яз. для студентов мед. вузов / В. А. Кошечкин, З. А. Иванова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 271 с. : ил. - Пер. изд. : Туберкулез /В. А. Кошечкин, З. А. Иванова.
3. Кошечкин, В. А. Туберкулез : учеб. пособие для студентов мед. вузов / В. А. Кошечкин, З. А. Иванова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007.
4. Руководство по легочному и внелегочному туберкулезу / Б. М. Ариэль и др. ; под ред. Ю. Н. Левашева, Ю. М. Репина. - 2-е изд., доп. и перераб. - Санкт-Петербург : ЭЛБИ- СПб., 2008. - 543 с
5. Заболевания органов дыхания при беременности [Текст] / Е. Л. Амелина, В. В. Архипов, Р. Ш. Валеев и др. ; под ред. А. Г. Чучалина, Р. С. Фассахова. - Москва : Атмосфера, 2010.
6. Туберкулез у детей и подростков [Текст] : учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей / В. А. Аксенова и др. ; под ред. В. А. Аксеновой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007.
7. Общая врачебная практика [Электронный ресурс] : нац. рук. : в 2 т. Т. 2 / [П. Н. Олейников и др.] ; гл. ред. И. Н. Денисов, О. М. Лесняк. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 892 с. - URL : http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
8. Черняев, А. Л. Патологическая анатомия легких : атлас. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва : Атмосфера, 2011.
9. Романюха А. А. Математические модели в иммунологии и эпидемиологии инфекционных заболеваний [Электронный ресурс] / под ред. Г. И. Марчука. - Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2012. - 296 с. - URL : http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
10. Романюха, А. А. Математические модели в иммунологии и эпидемиологии инфекционных заболеваний [Текст] / под ред. Г. И. Марчука. - Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2013. - 293 с. : ил. - (Математическое моделирование).
11. Хирургическое лечение костно-суставного туберкулеза / А. В. Алаторцев, М. В. Беляков, Г. Ю. Васильева и др. ; под ред. Ю. Н. Левашева, А. Ю. Мушкина. - Санкт-Петербург : Санкт-Петерб. НИИ фтизиопульмонологии, 2008. - 226 с.
12. Клинико-фармакологические основы современной пульмонологии [Электронный ресурс] : учеб. пособие / под ред. Е. Е. Баженова. - 2-е изд. (эл.). - Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2015. - 360 с. - URL : http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
13. Зиц В. Р. Клинико-рентгенологическая диагностика болезней органов дыхания : общая врачебная практика [Электронный ресурс] / В. Р. Зиц, С. В. Зиц. - Москва : Логосфера, 2009. - 147 с. - URL : http://books-up.ru.
14. Экономика здравоохранения [Электронный ресурс] : [учебник] / под ред. А. В. Решетникова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 191 с. - URL : http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
15. Щепин, О. П. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст] : [учеб. для системы послевуз. проф. образования врачей]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011.
16. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст] : [учеб. для высш. учеб. образования] / [Г. Н. Царик. В. М. Ивойлов, Н. Д. Богомолова и др.] ; под ред. Г. Н. Царик. - Кемерово : Практика, 2012.
17. Управление и экономика здравоохранения [Текст] : учеб. пособие для вузов / [А. И. Вялков, В. З. Кучеренко, Б. А. Райзберг и др.] ; под ред. А. И. Вялкова. - 3-е изд., доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 658 с.
18. Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения : учеб. пособие для мед. вузов / В. З. Кучеренко и др. ; под ред. В. З.

Кучеренко. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 245 с.
19. Здоровье населения - основа развития здравоохранения / О. П. Щепин, Р. В. Коротких, В. О. Щепин, В. А. Медик ; под ред. О. П. Щепина. - М. : Нац. НИИ обществ. здоровья РАМН, 2009. - 375 с.
20. Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст] : учеб. для мед. училищ и колледжей. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010 . - 287 с
21. Задачи к практическим занятиям по общественному здоровью и здравоохранению : учебно-методическое пособие / Российский государственный медицинский университет, Кафедра общественного здоровья и здравоохранения, Московский институт медико-социальной реабилитации ; Ю. П. Лисицын и др. ; под ред. Ю. П. Лисицына и др. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва : РГМУ, 2008. - 160 с.
22. Стародубов, В. И. Тенденции в состоянии здоровья населения и перспективы развития здравоохранения в России [Текст] : акт. речь в ГБОУ РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздравсоцразвития России / В. И. Стародубов ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова. - М. : Менеджер здравоохранения, 2012. - 35 с.

Приложение 1

1. Под очагом туберкулезной инфекции следует понимать:

а) больного, выделяющего БК;
б) жилище больного, выделяющего БК;
в) окружение больного, выделяющего БК;
г) все перечисленное.

2. Причинами несвоевременного выявления туберкулеза являются:

а) дефекты в профилактической работе;
б) неполноценное обследование в поликлинике и стационаре;
в) небрежное отношение больного к своему здоровью;
г) незнание врачами общей сети «масок» туберкулеза (врачебные ошибки);
д) все перечисленное.

3. Основными источниками туберкулезной инфекции для человека являются:

а) предметы окружающей среды;
б) продукты питания;
в) больной человек;
г) все перечисленное.

4. Заражение человека туберкулезом чаще происходит:

а) аэрогенным и трансплацентарным путем;
б) алиментарным и аэрогенным путем;
в) контактным и аэрогенным путем.

5. Чаще заболевают туберкулезом и умирают от него:

а) мужчины;
б) женщины;
в) одинаково часто и мужчины, и женщины.

6. К высокой заболеваемости населения туберкулезом можно отнести выявление:

а) 100 заболевших на 100 000 населения;
б) 30-50 заболевших на 100 000 населения;
в) 20 заболевших на 100 000 населения.

7. К низкому показателю заболеваемости населения туберкулезом можно отнести выявление:

а) 100 больных туберкулезом, находящихся на учете, на 100 000 населения;
б) 30-50 больных туберкулезом, находящихся на учете, на 100 000 населения;
в) 20 больных туберкулезом, находящихся на учете, на 100 000 населения.

8. К низкому показателю болезненности населения туберкулезом можно отнести:

а) 500 больных туберкулезом, находящихся на учете, на 100 000 населения;
б) 200 больных туберкулезом, находящихся на учете, на 100 000 населения;
в) 100 больных туберкулезом, находящихся на учете, на 100 000 населения.

9. Основными методами выявления туберкулеза у детей является:

а) массовая туберкулинодиагностика;
б) флюорография;
в) обследование на туберкулез групп риска;
г) обследование на туберкулез лиц, обратившихся к фтизиатру.

10. Массовую туберкулинодиагностику среди детей следует проводить:

а) 1 раз в 6 месяцев;
б) 1 раз в 1 год;
в) 4 раза в 1 год;
г) 1 раз в два года.

11. Флюорографическое обследование подростков должно проводиться:

а) 1 раз в 1 год;
б) 1 раз в 2 года;

в) 2 раза в 1 год;
г) в зависимости от эпидситуации и профориентации подростка.

12. Противотуберкулезными мероприятиями, которые осуществляет общая педиатрическая сеть, являются все перечисленные, кроме:
а) массовой туберкулинодиагностики;
б) вакцинации БЦЖ и ревакцинации БЦЖ;
в) раннего выявления туберкулеза;
г) дообследования детей из группы риска.

13. Основные мероприятия, составляющие работу противотуберкулезного диспансера, – это:
а) наблюдение за контингентом по группам учета;
б) ведение документации и отчетности;
в) амбулаторное лечение больных и проведение химиопрофилактики;
г) диагностика туберкулеза;
д) все перечисленное.

14. Вакцинация и ревакцинация БЦЖ осуществляется:
а) работниками общей медицинской сети;
б) работниками СЭС;
в) врачами фтизиопедиатрами;
г) врачами фтизиатрами.

15. Проведение массовой туберкулинодиагностики осуществляется:
а) общей педиатрической сетью;
б) противотуберкулезным диспансером;
в) противотуберкулезным стационаром;
г) санэпидемиологической службой.

16. Противотуберкулезная вакцинация и ревакцинация БЦЖ – это:
а) неспецифическая профилактика туберкулеза;
б) специфическая профилактика туберкулеза;
в) мероприятия, которые иногда предупреждают туберкулез.

17. Оптимальный размер рубца:
а) 1-3 мм;
б) 3-5 мм;
в) 5-8 мм;
г) 8-10 мм;
д) 10-15 мм.

18. Основное показание к проведению ревакцинации БЦЖ – это:
а) положительная реакция Манту с 2 ТЕ;
б) отрицательная реакция Манту с 2 ТЕ;
в) сомнительная реакция Манту с 2 ТЕ;
г) контакт с больным туберкулезом.

19. О распространенности туберкулеза свидетельствуют такие показатели:
а) как заболеваемость;
б) как болезненность;
в) как смертность;
г) как инфицированность;
д) все перечисленное.

20. Заболеваемость туберкулезом – это:
а) число больных туберкулезом в пересчете на 1000 жителей;
б) число больных туберкулезом в пересчете на 10 000 жителей;
в) процент больных, исчисленный к населению данной местности;
г) число больных туберкулезом, выявленных в данном году;
д) число вновь выявленных больных туберкулезом в пересчете на 100 000 населения.

21. Максимальная длительность пребывания на больничном листе впервые выявленного больного туберкулезом включает:
а) период стационарного лечения;

б) 4 месяца в году;
в) 10 месяцев в календарном году;
г) 5 месяцев с перерывами.

22. Возбудители туберкулеза относятся к виду:
а) бактерий;
б) грибов;
в) простейших;
г) вирусов.

23. Наибольшую роль в эпидемиологии и клинике туберкулеза человека играют:
а) микобактерии птичьего типа;
б) микобактерии человеческого типа;
в) атипичные микобактерии;
г) микобактерии бычьего типа.

24. Наиболее эффективен и достоверен в выявлении микобактерий метод исследования:
а) люминесцентная микроскопия;
б) культуральный посев;
в) бактериоскопия;
г) биохимическое исследование;
д) все перечисленное.

25. Возможны следующие пути проникновения возбудителя в организм человека:
а) аэрогенный;
б) алиментарный;
в) трансплацентарный;
г) контактный;
д) все перечисленные.

26. Самым частым механизмом возникновения вторичного туберкулеза является:
а) экзогенная суперинфекция;
б) экзогенная реинфекция;
в) эндогенная реинфекция.

27. «Первичный туберкулез» – это:
а) туберкулез внутригрудных лимфатических узлов;
б) первичный туберкулезный комплекс;
в) заболевание, возникшее вскоре после инфицирования.

28. Вторичные формы туберкулеза – это:
а) туберкулез у лиц среднего и пожилого возраста;
б) легочная локализация туберкулеза;
в) заболевание, возникшее через некоторое время после инфицирования, чаще вследствие эндогенной реактивации незаживших очагов первичного инфицирования, и характеризующееся преимущественно органным поражением.

29. Ацинус дренируется:
а) бронхом 12-го порядка;
б) мембранным бронхом;
в) терминальной бронхиолой;
г) респираторной бронхиолой.

30. Основными видами иммунитета являются все перечисленные, кроме:
а) врожденного иммунитета;
б) приобретенного иммунитета;
в) естественной резистентности.

31. Туберкулезный бугорок представляет собой:
а) гранулему, состоящую из скопления лимфоидных, эпителиоидных клеток с включением гигантских клеток Пирогова-Лангганса, в центре которой имеется участок казеозного некроза;
б) инфильтрат, состоящий из скопления нейтрофилов, лимфоидных, эпителиоидных

клеток с некрозом в центре и включением гигантских клеток Пирогова-Лангганса.

32. При патоморфологическом исследовании легких обнаружено множество мелких (до 0.2-0.3 см) однотипных бугорков сероватого цвета, выступающих над плоскостью разреза; гистологически – бугорки состоят из скопления эпителиоидных клеток с единичными гигантскими клетками Пирогова-Лангганса, что соответствует:

а) очаговому туберкулезу легких;
б) хроническому диссеминированному туберкулезу легких;
в) милиарному туберкулезу легких.

33. Патоморфоз туберкулеза – это:

а) уменьшение заболеваемости населения туберкулезом;
б) изменение клинического течения и морфологических проявлений инфекционного процесса;
в) уменьшение смертности от туберкулеза;
г) снижение инфицированности населения туберкулезом;
д) увеличение числа случаев инфильтративного туберкулеза.

34. В настоящее время у больных с вновь выявленным туберкулезом легких чаще всего обнаруживается:

а) очаговая форма туберкулеза;
б) инфильтративная форма туберкулеза;
в) диссеминированная форма туберкулеза;
г) туберкулема легкого.

35. Формы туберкулеза, протекающие с малым накоплением микобактерий туберкулеза в очаге (очагах) поражения и характеризующиеся преимущественно продуктивной воспалительной реакцией выявляются обычно:

а) клиническим методом исследования;
б) флюорографическим методом исследования;
в) лабораторным методом исследования.

36. Туберкулезу органов дыхания более свойственно:

а) острое начало заболевания;
б) подострое начало заболевания;
в) бессимптомное начало заболевания.

37. Обычно протекает инапероцептно и выявляется только при массовой флюорографии населения:

а) туберкулема легких;
б) инфильтративная форма туберкулеза легких;
в) цирротическая форма туберкулеза легких.

38. Основными объектами исследования на микобактерии туберкулеза служат все перечисленные, кроме:

а) мокроты;
б) промывных вод бронхов;
в) пунктата из закрытых полостей;
г) мочи;
д) крови.

39. Основными качественными и количественными методами определения микобактерий туберкулеза являются все перечисленные ниже, кроме:

а) метода Циля-Нильсена;
б) люминесцентного метода;
в) метода Гаффки-Стинкена;
г) иммунологического метода.

40. Туберкулинодиагностика подразделяется:

а) на массовую;

б) на индивидуальную;
в) на клиническую;
г) на провокационную;
д) на все перечисленные выше.

41. Основным критерием понятия «вираж» чувствительности к туберкулину может служить:
а) переход отрицательной пробы в положительную;
б) появление впервые положительной пробы при условии ежегодной туберкулинодиагностики;
в) появление впервые положительной туберкулиновой пробы в данном году после ранее отрицательной или сомнительной, или нарастание размера инфильтрата на 6 мм и более;
г) все перечисленные.

42. При рентгеноанатомическом анализе обзорной рентгенограммы грудной клетки в прямой проекции следует учитывать:
а) состояние мягких тканей;
б) состояние костного скелета;
в) состояние корней легких, легочного рисунка, легочных полей;
г) состояние средостения, диафрагмы, костно-диафрагмальных синусов;
д) все ответы правильные.

43. С помощью латерографии можно получить информацию:
а) о сращениях в плевральной полости;
б) о протяженности осумкования жидкости в плевральной полости;
в) о наличии свободной жидкости в плевральной полости.

44. Бронхоскопия у больных туберкулезом показана:
а) при всех формах легочного туберкулеза, протекающих с деструкцией и бактериовыделением;
б) при предоперационном обследовании больных;
в) при туберкулезных плевритах и туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов;
г) при бактериовыделении из очага неясной локализации;
д) при всех перечисленных случаях.

45. Больной 40 лет жалуется на слабость и лихорадку, потерю массы тела. На шее за ключицей пальпируется увеличенный лимфатический узел. Рентгенологически:
I сегмент правого легкого негомогенно затемнен, правый корень расширен, контуры его нечеткие. Уточнить диагноз заболевания следует:
а) пробным лечением антибиотиками широкого спектра действия с последующим переходом на противотуберкулезную химиотерапию;
б) бронхоскопией с биопсией;
в) медиастиноскопией с биопсией;
г) биопсией шейного лимфатического узла.

46. Для первичного туберкулезного комплекса наиболее характерны морфологические изменения в виде всего перечисленного, кроме:
а) экссудативных реакций;
б) продуктивных реакций;
в) казеозного некроза в легких;
г) казеозного некроза в лимфатических узлах корня легкого.

47. Кальцинаты в лимфатических узлах при заживлении первичного туберкулезного комплекса:
а) формируются всегда;
б) не формируются;
в) формируются в порядке исключения;
г) формируются при выраженном казеозном некрозе.

48. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов может осложниться:
а) туберкулезом бронхов и бронхолегочным поражением;
б) ателектазом;
в) диссеминацией;
г) плевритом;
д) всем перечисленным.

49. Диссеминированный туберкулез легких – это:

а) гематогенный туберкулез с преимущественным поражением легких;
б) распространенное двустороннее поражение легких;
в) распространенное, чаще двустороннее, тотальное или ограниченное поражение легких с преобладанием очаговых или интерстициальных изменений в легких гематогенного, лимфогенного или бронхогенного происхождения.

50. Диссеминированный туберкулез легких может протекать по всем перечисленным клиническим вариантам, кроме:

а) острого;
б) подострого;
в) хронического;
г) рецидивирующего.

51. Распределение очагов в легких при остром милиарном туберкулезе:

а) равномерное;
б) неравномерное;
в) групповое;
г) все перечисленные.

52. Распределение очагов в легких при хроническом гематогенно-диссеминированном туберкулезе легких:

а) равномерное;
б) неравномерное;
в) групповое;
г) любое из перечисленных.

53. При лимфогенном диссеминированном туберкулезе поражение легких характеризуется всем перечисленным, кроме:

а) симметричности;
б) асимметричности;
в) ограниченности;
г) распространенности.

54. Основными клиническими симптомами бронхогенного диссеминированного туберкулеза легких являются:

а) кашель;
б) одышка;
в) повышение температуры тела;
г) все перечисленное.

55. Очаговый туберкулез легких – это:

а) туберкулезный процесс ограниченной протяженности;
б) туберкулезный процесс, характеризующийся стертой клинической картиной при выявлении и торпидном течении;
в) туберкулезный процесс, характеризующийся наличием очаговых изменений в легких;
г) туберкулезный процесс, характеризующийся стертой клинической картиной, торпидным течением, скудным бактериовыделением, а также наличием одиночных или множественных очаговых изменений в легких разного генеза и давности с локализацией в одном или обоих легких в пределах одного-двух сегментов.

56. Достоверными признаками активности очаговых изменений в легких являются все перечисленные ниже, кроме:

а) высокой лихорадки и резких сдвигов в гемограмме и протеинограмме;
б) жалоб на слабость, повышенную утомляемость, небольшой кашель со скудной мокротой;
в) положительной реакции Манту и положительной белково-туберкулиновой пробы;
г) обнаружения микобактерий туберкулеза;

д) положительных рентгенологических сдвигов при пробной химиотерапии.

57. Инфильтративный туберкулез легких – это:
а) туберкулез легких, характеризующийся участком затемнения;
б) туберкулез легких, проявляющийся клиникой пневмонии;
в) туберкулез легких, характеризующийся воспалительными изменениями с преобладанием экссудативного компонента и казеозным некрозом в центре.

58. Лобулярный инфильтрат характеризуется:
а) отсутствием клинических проявлений заболевания;
б) умеренно выраженными и непродолжительными клиническими симптомами заболевания;
в) наличием симптомов локального бронхита;
г) наличием влажных хрипов в легком.

59. Клинико-рентгенологический синдром круглого инфильтрата в первую очередь требует дифференциальной диагностики:
а) с пневмонией;
б) с раком легкого;
в) с эхинококком;
г) с доброкачественной опухолью;
д) с ретенционной кистой.

60. Облаковидный инфильтрат характеризуется:
а) клиническими признаками пневмонии;
б) клиническими симптомами бронхита;
в) отсутствием клинических проявлений;
г) болями на стороне поражения;
д) повышением температуры тела.

61. Наиболее характерными рентгенологическими признаками перисциссурита являются:
а) неоднородный неправильный фокус с очагами;
б) неоднородный участок затемнения с очагами;
в) неоднородный треугольной формы участок с очагами;
г) однородный участок затемнения с очагами;
д) однородный треугольной формы участок затемнения с очагами.

62. Основным морфологическим отличием казеозной пневмонии от вариантов инфильтративного туберкулеза является:
а) большой объем поражения;
б) преобладание казеозного некроза;
в) более частый распад;
г) склонность к бронхогенной диссеминации;
д) поражение крупных бронхов.

63. Формирование туберкулемы возможно во всех перечисленных случаях, кроме:
а) рубцевания каверны;
б) заполнения каверны;
в) прогрессирования очаговой формы туберкулеза;
г) прогрессирования туберкулезного локального панбронхита.

64. Крупными считаются туберкулемы размером:
а) 1-2 см;
б) 3.0-3.9 см;
в) 4-5-6 см и более.

65. Туберкулему легкого обычно приходится дифференцировать:
а) с периферическим раком;
б) с аспергиллемой;
в) с ретенционной кистой;
г) с гамартохондромой;
д) все ответы правильные.

66. К кавернозной форме следует относить:

а) свежий деструктивный туберкулез ограниченной протяженности с каверной без резко выраженной перифокальной реакции и значительной диссеминации;
б) свежий деструктивный туберкулез, подвергшийся лечению при сохранении полости распада к концу основного курса химиотерапии;
в) туберкулезный процесс ограниченной протяженности, ведущим признаком которого является сформированная каверна без выраженного перифокального воспаления, фиброзных изменений и распространенного обсеменения.

67. Для выявления полости в легком необходимо использовать следующий способ рентгенологического исследования:
а) рентгенографию в прямой проекции;
б) рентгенографию в боковой проекции;
в) томографию в прямой проекции;
г) томографию в боковой проекции;
д) правильные ответы в) и г).

68. С кавернозной формой туберкулеза приходится дифференцировать:
а) хронический абсцесс;
б) бронхоэктаз;
в) воздушную кисту;
г) полостную форму рака;
д) все перечисленное.

69. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких – это:
а) туберкулезный процесс, характеризующийся наличием в легких фиброзной каверны (каверн) и выраженным фиброзом в окружающей ткани;
б) хронический деструктивный туберкулез, характеризующийся бактериовыделением, прогрессирующим (медленным или быстрым, нередко волнообразным) течением, а также присоединением как специфических, так и неспецифических осложнений;
в) туберкулезный процесс с кавернами в легких, очагами бронхогенной диссеминации и фиброзом, протекающий с нарастающей дыхательной недостаточностью, присоединяющимися кровохарканьями и другими осложнениями.

70. Фиброзно-кавернозный туберкулез редко формируется:
а) из очагового туберкулеза;
б) из инфильтративного туберкулеза;
в) из туберкулемы легкого;
г) из диссеминированного туберкулеза;
д) из туберкулеза бронхов (как формы туберкулеза).

71. При фиброзно-кавернозном туберкулезе стенка каверны имеет:
а) слой казеозного некроза, слой специфических грануляций и фиброзной ткани;
б) слой казеозного некроза, слой специфических грануляций и неспецифической инфильтрации;
в) слой казеозного некроза и слой грубой рубцовой ткани с врастанием последней в интерстиций легкого.

72. Амилоидоз поражает все нижеперечисленные органы и ткани, кроме:
а) печени и селезенки;
б) слизистой ротовой полости и кишечника;
в) бронхов;
г) плевры.

73. Самым частым неспецифическим осложнением, приводящим больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких к смерти, является:
а) легочно-сердечная недостаточность;
б) легочное кровотечение;
в) амилоидоз органов;
г) истощение.

74. Цирротический туберкулез формируется из перечисленных ниже клинических форм, кроме:

а) туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов, осложненного бронхолегочным поражением и туберкулезом бронхов;
б) очагового туберкулеза и бронхо-лобулярного инфильтрата;
в) диссеминированного и фиброзно-кавернозного;
г) лобита и казеозной пневмонии;
д) туберкулеза плевры.

75. Основным методом выявления раннего периода первичной туберкулезной инфекции является:

а) обследование детей по контакту;
б) туберкулинодиагностика;
в) выявление по обращаемости;
г) верно все перечисленное.

76. Основными клиническими проявлениями параспецифических реакций являются:

а) узловатая эритема и фликтенулезный конъюнктивит;
б) риниты и гипертрофия миндалин;
в) увеличение периферических лимфоузлов;
г) увеличение печени и селезенки;
д) все перечисленное.

77. Рентгенологическими признаками инфильтративной фазы туберкулеза внутригрудных лимфоузлов являются:

а) увеличение тени корня в размере (как в длину, так и в ширину, ее деформирование);
б) размытость, полицикличность наружного контура тени корня;
в) снижение структурности тени корня;
г) завуалированность просвета стволового бронха;
д) верно все перечисленное.

78. Заподозрить саркоидоз позволяют следующие клинико-рентгенологические и лабораторные критерии:

а) бессимптомное начало, тенденция к самопроизвольной инволюции процесса в верхнегрудных лимфоузлах;
б) двустороннее поражение бронхопульмональных лимфоузлов, отсутствие поражения бронхиального дерева;
в) отрицательные туберкулиновые пробы;
г) гипогаммаглобулинемия и нарастание содержания кальция в крови;
д) все перечисленное.

79. Ведущим клиническим признаком туберкулеза бронхов является:

а) повышение температуры тела до 38°С и выше;
б) кашель;
в) одышка;
г) симптомы интоксикации;
д) бессимптомное течение.

80. Бронхоскопия проводится с целью:

а) обнаружения микобактерий туберкулеза;
б) определения состояния бронхиального дерева;
в) оценки поражения лимфоузлов.

81. Основными заболеваниями бронхолегочной системы, с которыми приходится дифференцировать бронхолегочное поражение, являются;

а) затяжные сегментарные (долевые) пневмонии;
б) очаговые пневмонии;
в) крупозные пневмонии.

82. Основным клиническим дифференциально-диагностическим признаком затяжной пневмонии от туберкулеза является:

а) отсутствие контакта с туберкулезным больным;
б) отрицательные туберкулиновые пробы;

в) развитие заболевания на фоне острой респираторной вирусной инфекции с выраженными катаральными явлениями в легких;
г) диффузный катаральный эндобронхит;
д) верно все перечисленное.

83. Очаги бронхогенного обсеменения следует, прежде всего, дифференцировать:
а) с очаговой пневмонией;
б) с крупозной пневмонией;
в) с диссеминированными процессами в легких неспецифической этиологии.

84. Дети с осложненным течением первичного туберкулеза в острой фазе заболевания наблюдаются:
а) по 0 группе учета;
б) по I группе учета;
в) по Н группе учета;
г) по П группе учета.

85. По характеру плеврального выпота выделяют все следующие типы экссудативного плеврита, кроме:
а) серозного и гнойного;
б) геморрагического и холестеринового;
в) хилезного;
г) хилоформного;
д) выпотного и транссудативного.

86. Для продромального периода экссудативного плеврита характерны следующие клинические признаки:
а) синдром интоксикации;
б) субфебрильная температура;
в) сухой мучительный кашель;
г) боли в грудной клетке;
д) все перечисленное.

87. При исследовании плеврального экссудата определяются:
а) клеточный состав, бактериология;
б) прозрачность, цвет, удельный вес;
в) содержание белка и сахара;
г) белковые фракции;
д) все перечисленное.

88. Для определения небольшого количества свободного выпота в плевральной полости следует:
а) сделать рентгеновский снимок в положении больного на боку;
б) произвести плевральную пункцию;
в) наложить диагностический пневмоторакс.

89. Основной причиной позднего выявления туберкулеза у детей раннего возраста является:
а) отсутствие патогномоничной клинической симптоматики;
б) многочисленные «маски» туберкулеза, затрудненный контакт с детьми;
в) отсутствие кашлевого рефлекса даже при поражении бронхов и лихорадки при генерализованных процессах;
г) анатомо-физиологические особенности органов грудной клетки, затрудняющие распознавание на рентгенограмме процесса;
д) все перечисленное.

90. Туберкулиновые пробы у подростков, больных туберкулезом, обычно бывают:
а) отрицательными;
б) нормергическими;
в) гиперергическими;
г) слабоположительными.

91. При очаговом туберкулезе легких клиническая симптоматика обычно бывает:

а) при наличии в легких очагов экссудативного воспаления;
б) при наличии в легких продуктивных очагов;
в) при фиброзно-очаговых изменениях в легких.

92. Дифференцировать очаговый туберкулез легких у подростков наиболее часто приходится:

а) с очаговой пневмонией;
б) с метастазами злокачественной опухоли;
в) с заполненными бронхоэктазами;
г) с пороками развития легких;
д) со всем перечисленным.

93. Подростки, больные инфильтративным туберкулезом, наиболее часто выявляются методом:

а) массовой туберкулинодиагностики;
б) массовой флюорографии;
в) по обращаемости;
г) всеми перечисленными методами.

94. Наиболее ярко выражена клиническая симптоматика:

а) при бронхолобулярном инфильтрате;
б) при округлом или облаковидном инфильтрате;
в) при лобите;
г) при перисциссурите;
д) при казеозной пневмонии.

95. Распад и бацилловыделение часто наблюдается:

а) при бронхолобулярном инфильтрате;
б) при округлом инфильтрате;
в) при облаковидном инфильтрате.

96. При своевременном выявлении и правильном лечении инфильтративного туберкулеза у подростков наиболее частый исход:

а) рассасывание с незначительными остаточными изменениями;
б) образование фиброза-рубца;
в) образование туберкулемы;
г) переход в фиброзно-кавернозный туберкулез.

97. Туберкулема – это:

а) плотный очаг или фокус затемнения в легком;
б) инкапсулированные казеозные очаги в легком размером от 1 см и более;
в) четко отграниченный очаг туберкулезного воспаления в легких.

98. Оптимальной тактикой лечения туберкулемы легких у подростков является:

а) длительное лечение до полного рассасывания;
б) оперативное лечение сразу же по выявлении;
в) стабилизация процесса с помощью химиотерапии, а затем оперативное лечение.

99. Для кавернозного туберкулеза легких в фазе инфильтративной вспышки характерно:

а) скудное бацилловыделение;
б) умеренное бацилловыделение;
в) массивное бацилловыделение;
г) бацилловыделение отсутствует.

100. Возможными исходами кавернозного туберкулеза у подростков могут быть все перечисленные, кроме:

а) заживления рубцом;
б) заживления очагом;
в) дальнейшего прогрессирования с переходом в фиброзно-кавернозную форму;
г) кальцинации.

Приложение 2

1. Клиническая классификация туберкулеза. Формулировка диагноза.
2. Протокол описания рентген снимка.
3. Расспрос, физикальные методы обследования больных туберкулезом.
4. Значение сбора анамнеза в диагностике туберкулеза.
5. Лабораторные методы исследования в диагностике туберкулеза.
6. Микробиологические методы исследования в диагностике туберкулеза.
7. Рентгенологические методы исследования в диагностике туберкулеза.
8. Эндоскопические методы исследования в диагностике туберкулеза, бронхоскопия.
9. Методы биопсии в диагностике туберкулеза.
10. Методы исследования функции дыхания и кровообращения в диагностике туберкулеза.
11. Туберкулинодиагностика и диаскинтест в диагностике туберкулеза.
12. Рентгенография органов брюшной полости.
13. Ультразвуковое исследование.
14. Эндоскопические методы исследования в диагностике туберкулеза, лапароскопия.
15. Техника постановки р. Манту. Читка. Интерпретация.
16. Назначение схемы лечения противотуберкулезными препаратами основного ряда.
17. Назначение схемы лечения противотуберкулезными препаратами резерва.
18. Патогенетическая терапия на разных этапах лечения туберкулеза. Цели.
19. Симптоматическая терапия лечения туберкулеза.
20. Лечение туберкулеза и сахарного диабета.
21. Лечение туберкулеза и язвенной болезни.
22. Лечение туберкулеза и бронхиальной астмы.
23. Туберкулез и ХНЗЛ. Особенности лечения.
24. Лечение туберкулеза у ВИЧ-инфицированных с различным уровнем СД-4.
25. Туберкулез и хронический алкоголизм. Принципы противотуберкулезной терапии.
26. Лечение туберкулеза и цирроза печени.
27. Лечение туберкулеза и гепатита.
28. Компьютерная томография в диагностике туберкулеза.
29. Легочное кровотечение. Причины. Диагностика. Дифдиагностика.
30. Неотложная помощь при легочном кровотечении.
31. Спонтанный пневмоторакс. Клиника. Причины развития.
32. Неотложная помощь при спонтанном пневмотораксе.
33. Лимфотропные методы введения лекарственных препаратов в лечении туберкулеза.
34. Хирургическое лечение больных туберкулезом.
35. Небулайзерная терапия больных туберкулезом.
36. Интенсивная химиотерапия старческого туберкулеза.
37. Техника дренирования плевральной полости при спонтанном пневмотораксе.
38. Техника проведения плевральной пункции. Показания.
39. Дифференциальная диагностика очаговых образований в легком.
40. Дифференциальная диагностика инфильтратов в легких.
41. Дифференциальная диагностика диссеминаций в легких.
42. Дифференциальная диагностика плевральных выпотов.
43. Дифференциальная диагностика спондилитов.
44. Дифференциальная диагностика менингитов.
45. Менингиальный синдром.
46. Дифференциальная диагностика поражений почек.
47. Дифференциальная диагностика лимфаденитов.
48. Особенности лечения микобактериозов.
49. Работа в очагах туберкулеза.
50. Организация выявления туберкулеза среди взрослых.
51. Организация выявления туберкулеза среди детей и подростков.
52. Аллергия и иммунитет при туберкулезе.
53. Иммунокоррекция в клинике туберкулеза.
54. Критерии клинического излечения при туберкулезе.
55. Экспертные вопросы в клинике туберкулеза.
56. Социальная профилактика туберкулеза.

57. Санитарная профилактика туберкулеза.
58. Специфическая профилактика туберкулеза.
59. Техника постановки вакцины БЦЖ. Интерпретация результатов.
60. Показания и противопоказания вакцинации БЦЖ.
61. Показания и противопоказания ревакцинации БЦЖ.
62. Поствакцинальные осложнения БЦЖ.
63. Лечение БЦЖитов.
64. Химиопрофилактика туберкулеза.
65. Организация противотуберкулезной помощи населению ПМР. Нормативно-правовая база.
66. Физиолечение туберкулеза.
67. Противотуберкулезные препараты для лимфотропной терапии.
68. Хирургическое лечение легочного туберкулеза.
69. Хирургическое лечение туберкулеза костей.
70. Хирургическое лечение туберкулеза почек.
71. Хирургическое лечение туберкулеза мочеполовой системы.
72. Консервативная терапия хронического легочного сердца у пациентов с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких.
73. Методы повышения приверженности к лечению пациентов.
74. Проблемы психологической коррекции пациентов, страдающих туберкулезом.
75. Проблемы социализации пациента, перенесшего туберкулез.

Приложение 3

1. Этиология туберкулеза. Характеристика микобактерий туберкулезного комплекса.
2. Эпидемиология туберкулеза. Значение основных показателей.
3. Противотуберкулезные учреждения и организация их работы.
4. Профилактика туберкулеза.
5. Выявление больных туберкулезом легких.
6. Противотуберкулезная работа учреждений общей лечебно-профилактической сети.
7. Методы диагностики туберкулеза.
8. Микробиологическая диагностика туберкулеза.
9. Лучевая диагностика туберкулеза.
10. Эндоскопические исследования: бронхоскопия.
11. Латентная туберкулезная инфекция.
12. Первичный туберкулезный комплекс.
13. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов.
14. Диссеминированный туберкулез легких.
15. Милиарный туберкулез легких.
16. Очаговый туберкулез легких.
17. Инфильтративный туберкулез.
18. Казеозная пневмония.
19. Туберкулема легких.
20. Кавернозный туберкулез.
21. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких.
22. Цирротический туберкулез легких.
23. Туберкулезный плеврит.
24. Туберкулезный менингит.
25. Общие сведения о проблеме внелегочного туберкулеза.
26. Бронхиальная астма в клинике туберкулеза.
27. Пневмонии в практике фтизиатра: аспирационные пневмонии.
28. Пневмонии в практике фтизиатра: атипичные пневмонии.
29. Туберкулез и язвенная болезнь.
30. Туберкулез и сахарный диабет.
31. Туберкулез костей и суставов.
32. Туберкулез почек и мочевыводящих путей.
33. Туберкулез половых органов.
34. Туберкулез периферических лимфатических узлов.
35. Туберкулезный перитонит.
36. Туберкулез кишечника.
37. Туберкулез кожи.
38. Туберкулез и алкоголизм.
39. Туберкулез и ИБС.
40. Туберкулез и гипертоническая болезнь.
41. Туберкулез и психические заболевания.
42. Туберкулез и рак.
43. Туберкулез и материнство.
44. Микобактериозы.
45. Саркоидоз.
46. Дифференциальная диагностика саркоидоза внутригрудных лимфоузлов.
47. Дифференциальная диагностика саркоидоза с поражением легочной ткани.
48. Взаимосвязь туберкулеза и заболеваний печени.
49. Взаимосвязь туберкулеза и заболеваний печени. Хронический вирусный гепатит В.
50. Взаимосвязь туберкулеза и заболеваний печени. Хронический вирусный гепатит С.
51. Взаимосвязь туберкулеза и заболеваний печени. Алкогольный гепатит.
52. Взаимосвязь туберкулеза и заболеваний печени. Лекарственные поражения печени.
53. Взаимосвязь туберкулеза и заболеваний печени. Пигментный гепатоз Жильбера.
54. Туберкулез и хронические неспецифические воспалительные болезни органов дыхания.
55. Патология сердца у больных туберкулезом.
56. Туберкулез сердца.
57. Легочная гипертензия и хроническое легочное сердце.
58. Химиотерапия туберкулеза.
59. Противотуберкулезные препараты основного ряда.
60. Противотуберкулезные препараты резерва.
61. Патогенетическая терапия.

62. Иммунокорригирующая терапия.
63. Лимфотропные методы введения лекарственных препаратов в лечении туберкулеза.
64. Хирургическое лечение больных туберкулезом.
65. Диспансерная работа во фтизиатрии
66. Работа в очагах туберкулеза.
67. Аллергия и иммунитет при туберкулезе.
68. Гранулематозные заболевания легких.
69. Редкие заболевания легких.
70. Туберкулез легких с лекарственной устойчивостью возбудителя.
71. Иммунологические методы исследования у больных туберкулезом.
72. «Стероидный» туберкулез.
73. Туберкулез у лиц пожилого и старческого возраста (аденогенный старческий туберкулез)
74. Организация выявления туберкулеза среди детей и подростков.
75. Клиническое излечение и трудоспособность больных.

ПАТОЛОГИЯ

1. Основные понятия нозологии. Болезнь как нарушение гомеостаза.
2. Номенклатура и классификация болезней.
3. Общая этиология. Общий патогенез. Причинно-следственные взаимоотношения в патогенезе.
4. Венозная гиперемия. Причины, механизмы, последствия.
5. ДВС - синдром. Стадии. Патогенез.
6. Экссудация. Механизмы развития. Значение.
7. Фагоцитоз при воспалении. Причины эмиграции лейкоцитов в очаг воспаления. Механизмы фагоцитарной деятельности лейкоцитов.
8. Понятие об иммунном гомеостазе, механизмы гуморального и клеточного иммунитета.
9. Опухоли. Определение сущности опухолевого роста. Этиология опухолей. Современные теории опухолевого роста. Современная классификация опухолей. Принципы ее построения. Вторичные изменения в опухолях.
10. Доброкачественные, злокачественные и опухоли с местным деструирующим ростом. Критерии злокачественности. Понятие о рецидиве.

ПЕДАГОГИКА

1. Определите место педагогики в системе современного человекознания.
2. Назовите способы структурирования содержания образования и проиллюстрируйте их на примере.
3. Дайте характеристику законодательным актам в сфере образования.
4. Какие документы составляют нормативную основу образования?
5. Что означает понятие «обучение»? Как ваше собственное понимание этого понятия соотносится с его научной трактовкой?
6. В чем обнаруживается сходство и различие процессов обучения и лечения как древнейших видов гуманитарной практики?
7. Какие типы и виды обучения оптимальны на доклиническом и клиническом этапах медицинского образования?
8. В чем суть поэтапного формирования знаний и умений? Пояснить на примерах.
9. Какие требования к выбору форм организации познавательной деятельности обучаемых на учебном занятии существуют в дидактике?
10. Что лежит в основе классификации форм организации познавательной деятельности? Как связаны между собой формы организации познавательной деятельности и цели обучения?
11. От чего зависит выбор форм организации познавательной деятельности к конкретному занятию?
12. Какие формы обучения наиболее рационально использовать на разных этапах обучения в медицинском вузе и при обучении разных категорий обучаемых (медицинский персонал, пациенты, их родственники)?

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ТУБЕРКУЛЕЗ

1. Этиология, эпидемиология и патогенез туберкулеза. Клиническая классификация туберкулеза. Основные эпидемиологические показатели туберкулеза.
2. Основные методы выявления и диагностики туберкулеза.
3. Понятие об основных клинических симптомах и синдромах легочного внелегочного туберкулеза.
4. Остропрогрессирующие формы туберкулеза. Основы дифференциальной диагностики туберкулеза.
5. Специфическая, санитарная, социальная профилактика туберкулеза.

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. Медицинское право, как отрасль права.
2. Источники медицинского права.
3. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья.
4. Права и обязанности медицинских работников.

5. Понятие и виды медико-социальной помощи.
6. Особенности медицинской услуги
7. Особенности регулирования труда медицинских работников
8. Правонарушение и юридическая ответственность
9. Гражданско-правовая ответственность субъектов предоставления и оказания медико-социальной помощи.
10. Дисциплинарная ответственность медицинских работников.
11. Административная ответственность должностных лиц.
12. Уголовная ответственность медицинских работников.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

1. Дайте определение науки «Общественное здоровье и здравоохранение». Задачи общественного здоровья и здравоохранения. Объект изучения общественного здоровья и здравоохранения.
2. Какие методы используют при изучении общественного здоровья и здравоохранения?
3. Назовите главные критерии оценки эффективности системы здравоохранения.
4. Назовите базовые функции системы здравоохранения.
5. Дайте определения фактора риска. Перечислите факторы риска и кратко охарактеризуйте.
6. Дайте определение медицинской демографии и перечислите ее основные разделы.

7. Перечислите известные Вам исторически сложившиеся на этапах развития названия предмета Общественное здоровье и здравоохранение. С чем связано существование большого числа названий предмета?

8. Воспроизводство населения (естественное движение населения).
Общие и специальные показатели, методика расчета, анализ и оценка
9.Миграция населения: внешняя, внутренняя (урбанизация,
сезонная). Факторы, ее определяющие. Влияние миграции на здоровье населения
10. Естественный прирост населения, факторы на него влияющие.
Противоестественная убыль населения.
11. Дайте определения “заболеваемость”, распространенность болезней”,
патологическая пораженность”
12.От чего зависит полнота учета заболеваемости?

Министерство здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики
Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Медицинский факультет
Центр медицинского послевузовского образования

УТВЕРЖДАЮ
Министр здравоохранения ПМР
_____К.В.Албул
«_4_» ___01_____2024г.

СОГЛАСОВАНО
Ученым советом факультета
протокол № _5_
от «_29_» ___12___2023г.
Председатель
Ученого совета факультета
_____Г.Н.Самко

ПРОГРАММА
ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ
образовательной программы послевузовского профессионального образования- программы ординатуры

Специальность **31.08.32 ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ**

Квалификация выпускника: врач – дерматовенеролог
Трудоемкость: 108 часов-3з.е.
Сроки проведения: 24.06.24. - 6.07.24г.

Тирасполь, 2023

Программа итоговой государственной аттестации образовательной программы высшего образования- программы ординатуры по специальности 31.08.32 Дерматоыенерология разработана в соответствии с Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.32 Дерматоыенерология (утвержденным Приказом Министерства Просвещения Приднестровской Молдавской Республики № 668 от 28.07.2021г. «Об утверждении и введении в действие Государственного образовательного стандарта послевузовского профессионального образования - ординатуры)

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании кафедры Терапии с циклом фтизиатрии протокол № 4 от «28» ноября 2023г.
Заведующий кафедрой Терапии с циклом фтизиатрии _____Лосева Н.Г.

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УМК факультета

«12» 12 2023 г. (протокол № 4)

Председатель УМК _____ А.В. Васильчук

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УС факультета

«___» _____20___г. (протокол № ____)

Председатель УС _____ Г.Н. Самко

Программу составили:

Ассистент _____ Страт А.И.

Ассистент _____ Перчун А.М.

Ассистент _____ Барановская Н.Т.

Содержание

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.
2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры
3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации.
4. Форма и структура итоговой государственной аттестации.
4.1 Форма итоговой государственной аттестации.
4.2 Трудоёмкость итоговой государственной аттестации.
4.3 Структура итоговой государственной аттестации.
5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.
6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации.
6.1 Критерии оценки результатов тестирования
6.2 Критерии оценки практических навыков и умений.
6.3 Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.
7. Содержание государственного экзамена.
7.1 Тестирование
7.2 Практические навыки.
7.3. Устное собеседование
8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

Приложения

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.

Цель - определение соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры требованиям Государственному образовательному стандарту послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.32 «Дерматовенерология».

Задачи:

— установление уровня подготовки выпускника к выполнению профессиональных задач (оценка степени сформированности всех компетенций, предусмотренных Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.32 «Дерматовенерология», характеризующих готовность выпускников к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации - врач - дерматовенеролог).

— принятие решения о выдаче обучающемуся, успешно прошедшему итоговую государственную аттестацию по программе ординатуры, диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации.

2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры

Итоговая государственная аттестация относится к базовой части программы - Блок 3. итоговая государственная аттестация и завершает процесс освоения имеющих государственную аккредитацию образовательных программ ординатуры.

Итоговая государственная аттестация образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.32 «Дерматовенерология» завершается присвоением квалификации " врач - акушер-гинеколог".

3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путём обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- физические лица женского пола (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку готовности выпускников, освоивших программу ординатуры, к следующим видам профессиональной деятельности:

— профилактическая;
— диагностическая;
— лечебная;
— реабилитационная;
— психолого-педагогическая;
— организационно-управленческая.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

а) готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу - УК1;

б) готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные,

этнические, конфессиональные и культурные различия - УК2;

в) готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование - УК3.

Профессиональные компетенции (ПК):

а) профилактическая деятельность:

1) готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания - ПК1;

2) готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными - ПК2;

3) готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях - ПК3;

4) готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медикостатистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков - ПК4;

б) диагностическая деятельность - готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - ПК5;

в) лечебная деятельность:

1) готовностью к ведению, и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями, нуждающихся в оказании медицинской помощи - ПК6;

2) готовностью к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации - ПК7;

г) реабилитационная деятельность - готовностью к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации - ПК8;

д) психолого-педагогическая деятельность - готовностью к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих - ПК9;

е) организационно-управленческая деятельность:

1) готовностью к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях - ПК10;

2) готовностью к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей - ПК11.

4.Форма и структура итоговой государственной аттестации

4.1.Форма итоговой государственной аттестации

Итоговая государственная аттестация обучающихся по образовательной программе ординатуры 31.08.32 «Дерматовенерология» проводится в форме государственного экзамена.

4.2.Трудоёмкость итоговой государственной аттестации

Объем итоговой государственной аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) - сдачу государственного экзамена.

4.3.Структура итоговой государственной аттестации

В Блок 3 " Итоговая Государственная аттестация" входят подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена. Перед государственным экзаменом по специальности для ординаторов проводятся предэкзаменационные консультации по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в три этапа:

1 этап - тестирование, проводится для получения сертификата специалиста, имеет целью определить готовность специалиста к самостоятельной профессиональной (медицинской) деятельности (согласно Приказу Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 31.05.2022г №477 «Об утверждении Порядка приема граждан на обучение по образовательным программам послевузовского профессионального образования – программам ординатуры, а также Порядка реализации образовательных программ послевузовского профессионального образования – программ ординатуры» (регистрационный № 11145 от 15 июля 2022 года) (САЗ 22-27)). Во время тестирования обучающийся выбирает правильный(е) ответ(ы) из предложенных нескольких вариантов ответов. Каждый обучающийся отвечает на 100 тестовых вопросов, на решение которых отводится 120 минут(2 астрономических часа).

2 этап - оценка практических навыков и умений - состоит из демонстрации практических навыков и умений, приобретенных в результате освоения программы ординатуры.

3 этап – устный экзамен по дисциплине Дерматовенерология с целью определения сформированности профессиональных компетенций выпускника, профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения. Каждый билет состоит из пяти теоретических вопросов, в процессе проведения государственного экзамена обучающемуся могут быть заданы уточняющие или дополнительные вопросы в рамках билета. На подготовку к ИГА ординатору выделяется 2 недели. После выбора билета ординатор готовится к ответу 30 минут, отвечает согласно регламенту 20 минут. По решению комиссии обучающийся может быть освобожден от необходимости полного ответа на вопрос билета, уточняющий или дополнительный вопрос.

Этапы государственного экзамена	Компетенции, которые оцениваются в ходе этапа
1 этап - в форме тестирование	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7 ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11.
2 этап - оценка практических навыков и умений	
3 этап – устный экзамен по дисциплине	

5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.

Проведение ИГА определяется календарным учебным графиком, выполнением

индивидуального плана ординатора и расписанием ИГА.

Перед итоговой государственной аттестацией обучающиеся должны ознакомиться с программой ИГА. Подготовка к государственному экзамену может проводиться в формах, как устного повторения пройденных дисциплин (с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д.), так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.

6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации. Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

6.1. **Критерии оценки результатов тестирования**

Подведение **итогов 1 этапа в форме тестирования. Результат решения тестов оценивается по ятибалльной системе:**

- 49% и менее правильных ответов - «неудовлетворительно»;
- 50% - 70% - «удовлетворительно»;
- 71% - 84% - «хорошо»;
- 85% - 100% - «отлично».

6.2. Критерии оценки практических навыков и умений

Результаты 2 этапа определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол ИГА. Обучающиеся, получившие оценку «неудовлетворительно» к 3 этапу государственного экзамена не допускается, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений;

- «хорошо» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет;

- «удовлетворительно» - обучающийся обладает удовлетворительными теоретическими знаниями - знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний - не знает методики выполнения, практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и т.д.; и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

6.3. Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.

Результаты 3 этапа государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «хорошо» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «удовлетворительно» - обучающийся показывает частичное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз с учетом принятой классификации. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций, демонстрируя поверхностное знание предмета;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не показывает освоение планируемых результатов обучения по пройденным темам, не может сформулировать диагноз или неправильно его ставит. Не может правильно ответить на большинство дополнительных вопросов, характеризующих уровень освоения необходимых компетенций.

7. Содержание государственного экзамена

7.1.Тестировние: Приложение 1
7.2.Практические навыки: Прилодение 2
7.3. Устное собеседование Приложение 3

8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

Основная литература:

1. Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук. / [А. А. Кубанова и др.] ; под ред. Ю. К. Скрипкина [и др.]. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1022 с. : ил. -URL : http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
2. Скрипкин, Ю. К. Кожные и венерические болезни : [учебник для медицинских вузов] / Ю. К. Скрипкин, А. А. Кубанова, В. Г. Акимов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 538 с.
3. Скрипкин, Ю. К. Кожные и венерические болезни [Электронный ресурс] : [учеб. для мед. вузов] / Ю. К. Скрипкин, А. А. Кубанова, В. Г. Акимов. – Москва :ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 544 с. : ил. - URL : http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2 Default.asp.
4. Короткий, Н. Г. Кожные и венерические болезни : учеб. для студентов, обучающихся по спец. 060103 (040200) - "Педиатрия" / Н. Г. Короткий, Н. М.Шарова. - М. : Мед. информ. агентство, 2007.
5. Учайкин, В. Ф. Инфекционные болезни у детей [Текст] : учебник / В. Ф. Учайкин, Н. И. Нисевич, О. В. Шамшева. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 687 с.
6. Учайкин В. Ф. Инфекционные болезни у детей [Электронный ресурс] / В. Ф. Учайкин, Н. И. Нисевич, О. В. Шамшева. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 790 с. - URL : http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.

Дополнительная литература:

1. Дерматовенерология [Текст] : [учеб. для высш. проф. образования] / В. В. Чеботарев, К. Г. Караков, Н. В. Чеботарева, А. В. Одинец. - Москва : ГЭОТАРМедиа, 2012.
2. Практическое руководство по детским болезням [Текст] / под общ. ред. В. Ф. Коколиной, А. Г. Румянцева.

3. Глобальная стратегия профилактики инфекций, передаваемых половым путем, и борьбы с ними, 2206-2015 гг. / ВОЗ // Вестн. дерматологии и венерологии.- 2008.- №5.- С.97-124.
4. Детская дерматовенерология / под ред. Н. Г.Короткого, Н. М. Шаровой. - Москва : Медпрактика-М, 2009.
5. Вирусные болезни человека [Текст] / Ю. В. Лобзин, Е. С. Белозеров, Т. В. Беляева, В. М. Волжанин. – Санкт-Петербург : СпецЛит, 2015. – 398 с. : ил.
6. Буслаева, Г. Н. Кандидоз [Текст] : учебное пособие для студентов / Г. Н. Буслаева, И. В. Хамаганова ; Г. Н. Буслаева, И. В. Хамаганова. - Москва : [б. и.], 2013.
7. Самсыгина, Г. А. Кандидоз новорожденных и детей первого года жизни : пособие для практ. врачей / Г. А. Самсыгина, Г. Н. Буслаева ; Рос. гос. мед. ун-т. - М. : ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, 2009.
8. Мачарадзе, Д. Ш. Атопический дерматит у детей : [руководство] / Д. Ш. Мачарадзе. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 376 с., 4 л. ил. : ил., табл.
9. Ноздрин, В. И. Меланоциты эпидермиса и волосяных фолликулов у мужчин в онтогенезе [Текст]. - Москва : Ретиноиды, 2012.
10. Новицкий, Ю. А. Наномолекулярные углеродные и графитовые лекарственные средства, обладающие дермотропным и противоопухолевым действием [Текст]. - Москва ; Рязань : [б. и.], 2010.
11. Журналы издательства Вестник дерматовенерологии
12. База данных отечественных и зарубежных публикаций Polpred.com Обзор СМИ
13. Аналитическая и реферативная зарубежная база данных Scopus 10.
14. Аналитическая и цитатная зарубежная база данных журнальных статей Web of Science Core
15. Справочная Правовая Система

Приложение 1

1 вариант

1. Продолжительность выдачи ЛОН врачом амбулаторного приёма

а) 5 дней

б) 10 дней

в) 15 дней

2. Лечение ребенка с микроспорией волосистой части головы следует проводить:

а) амбулаторно б) в стационаре в) по желанию родителей

г) по усмотрению врача д) возможны все перечисленные варианты

3. Ребенок, лечившийся по поводу микроспории волосистой части головы, может посещать школу после:

а) одного отрицательного анализа б) второго отрицательного анализа

в) третьего отрицательного контрольного анализа

г) шестого отрицательного контрольного анализа д) сразу после окончания лечения

4. Различают следующие формы споротрихоза:

а) поверхностная б) локализованная подкожная в) диссеминированная кожная

г) висцеральная д) все перечисленные

5. Подмышечный трихомикоз вызывается:

а) стрептококками б) грибами в) стафилококками г) коринобактериями д) вирусами

6. К противокандидозным средствам для лечения кожи относятся все перечисленные, кроме

а) мазей нистатиновой, амфотерициновой, декаминовой 0.5-1%

б) 0.25% спиртового или водного раствора анилиновых красителей

в) левориновой взвеси (2 г леворина, 20 мл 95% этилового спирта, 1000 мл дист. воды)

г) бонафтоновой, оксолиновой или тебрафеновой мазей

д) клотримазола

7. Хронический кандидоз слизистых связан:

а) с гипотиреоидизмом б) с гипопаратиреодизмом в) с гипокортицизмом

г) с понижением секреторной функции половых желез д) со всем перечисленным

8. К побочным действиям нистатина относятся все перечисленные, кроме:

а) тошноты б) рвоты в) жидкого стула г) повышения температуры д) дерматитов

9. При исследовании бледной трепонемы методом электронной микроскопии выявляются все образования, кроме:

а) чехла б) жгутиков в) фибрилл г) цитоплазматической мембраны

10. В реализации иммунного ответа при сифилисе участвуют следующие образования, кроме

а) эритроцитов б) макрофагов в) Т-лимфоцитов г) В-лимфоцитов

11. При сифилитическом регионарном склеродените в патологический процесс вовлекается

а) капсула лимфатического узла б) ткань лимфатического узла

в) окружающая клетчатка г) прилежащая к узлу кожа

12. Шанкр-амигдалит представляет из себя:

а) эрозию миндалины б) язву миндалины

в) увеличенную в размерах гиперемированную миндалину

г) увеличенную в размерах обычной окраски миндалину

13. Высыпания при вторичном свежем сифилисе обычно:

а) необильные б) обильные в) несимметричные г) неяркой окраски

д) сгруппированные

14. Разновидностями сифилитической плешивости являются все формы, кроме:

а) мелкоочаговой б) крупноочаговой в) диффузной г) смешанной д) тотальной

15. Бугорковый сифилис следует дифференцировать со всеми перечисленными заболеваниями, кроме
а) туберкулеза кожи б) лейшманиоза в) лепры г) глубоких микозов д) экземы

16. Возбудитель гонореи - гонококк – относится: а) к парным коккам грам-отрицательным
б) к парным коккам грам-положительным в) к парным коккам грам-вариабельным
г) коккобациллам грам-отрицательным д) коккобациллам грам-вариабельным

17. Бактериоскопическая идентификация гонококков основывается на следующих признаках, кроме а) парности кокков б) грам-отрицательности в) грам-положительности

г) внутриклеточного расположения д) бобовидности формы

18. В средах с сахарами гонококк разлагает:

а) лактозу б) галактозу в) декстрозу г) сахарозу д) рибозу

19. Наиболее частой причиной рецидивов гонореи является ассоциация гонококков

а) с хламидиями б) с дрожжевым мицелием в) с трихомонадами

г) с уреаплазмой д) с гарднереллами

20. Экспериментально гонорея получена у следующих лабораторных животных

а) у человекообразных обезьян б) у морских свинок в) у кроликов

г) у собак д) ни у одного животного

21. Наиболее доступным для поражения гонококками являются слизистые оболочки, выстланные:

а) многослойным плоским неороговевающим эпителием

б) переходным эпителием в) цилиндрическим эпителием

г) многослойным плоским ороговевающим эпителием д) кубическим эпителием

22. Гонококки могут распространяться в организме больных следующими путями, кроме

а) лимфогенного б) гематогенного в) по поверхности слизистых гениталий

г) трансканаликулярного д) всеми перечисленными путями

Задача (тесты 22-23)

23. Женщина 23 лет обратилась к врачу с жалобами на жжение, зуд в области наружных половых органов, обильные, молочного цвета выделения с неприятным запахом. При осмотре - острый кольпит, обильные творожистые выделения в заднем своде, проба с 10% КОН положительная. В мазках - повышенное количество лейкоцитов, "ключевые" клетки, почкующиеся дрожжевые клетки и псевдомицелий. Диагноз

а) бактериальный вагиноз

б) острый урогенитальный кандидоз и бактериальный вагиноз

в) острый урогенитальный кандидоз

г) диагноз неясен, необходимо выполнить комбинированную провокацию с последующим бактериологическим исследованием

д) диагноз неясен, требуется произвести посев на трихомониаз

24. Тактика лечения данной пациентки:

а) антимикотики, препараты метронидазола

б) антибиотики, антимикотики, препараты метронидазола

в) антимикотики, препараты метронидазола, местное лечение

г) антибиотики, местное лечение

д) препараты метронидазола, местное лечение

25. Основной причиной гангренозной рожи у детей грудного возраста является

а) низкий иммунный ответ организма ребенка

б) вторичное инфицирование стрептококкового поражения фузоспириллезом Плаут - Венсана или синегнойной палочкой

в) большое количество стрептококков

г) токсическая эритема новорожденных

д) гормональный криз новорожденных

26. Пигментно-сосочковая дистрофия кожи (чернеющий акантоз) у детей связана

а) с аденокарциномой желудка б) с Т-клеточными лимфомами

в) с В-клеточными лимфомами г) с эндокринными болезнями

д) с генетическими факторами

27. У детей наиболее часто встречаются все перечисленные формы пиодермии, кроме

а) везикулопустулеза, пиококкового пемфигоида на первом месяце жизни

б) множественных абсцессов (псевдофурункулез) на 3-7 месяцах жизни

в) интертригинозного импетиго в складках, за ушными раковинами после 3-го месяца жизни, особенно часто на 8-10 месяцах

г) стрептококкового импетиго после 6-го месяца жизни

д) частых фурункулов на первом году жизни

28. Опрелости наиболее часто возникают у детей при наличии всего перечисленного, кроме

а) атопического дерматита б) младенческого себорейного дерматита

в) плохого ухода за ребенком г) адипонекроза д) грубых пеленок

29. Первые проявления атопического дерматита чаще всего возникают:

а) с рождения б) в 2-3-месячном возрасте в) после года

г) в дошкольном возрасте д) в любом возрасте одинаково часто

30. Ребенку со струфулюсом необходимо провести все перечисленные исследования, кроме

а) анализа кала на гельминты, лямблии б) биохимической гепатограммы

в) копрограммы

г) исследования крови на С-реактивный белок

д) анализа кала на дисбактериоз

31. У детей первого года жизни развитию пиодермита способствует все перечисленное, кроме

а) щелочной среды поверхности кожи б) высокой абсорбционной способности кожи

в) активности ребенка г) несовершенства процессов терморегуляции

д) рыхлости рогового слоя

32. Основными задачами поликлиники являются все, кроме

а) медицинской помощи больным на дому б) лечебно-диагностического обслуживания населения

в) организации работ по пропаганде здорового образа жизни г) профилактической работы

д) экспертизы временной нетрудоспособности

33. Какие из перечисленных видов медицинских осмотров для рабочих, состоящих под диспансерном наблюдением, необходимы:

а) предварительные (при поступлении на работу)

б) периодические (в период работы)

в) целевые (на выявление заболеваний определенной нозологии)

г) после снятия с соответствующей группы инвалидности

34. Задачи стационарной медицинской помощи населению включают следующие действия

а) круглосуточное медицинское наблюдение за больным

б) квалифицированное диагностическое обследование

в) проведение лечебных мероприятий по восстановлению здоровья и трудоспособности

г) обеспечение синтеза лечебных и профилактических мероприятий

35. Медицинская деонтология - это

а) самостоятельная наука о долге медицинских работников

б) прикладная, нормативная, практическая часть медицинской этики

36. Укажите, какая из перечисленных ниже характеристик медицинской этики правильная

а) это специфическое проявление общей этики в деятельности врача

б) это наука, рассматривающая вопросы врачебного гуманизма, проблемы долга, чести, совести и достоинства медицинских работников

в) это наука, помогающая вырабатывать у врача способность к нравственной ориентации в сложных ситуациях, требующих высоких морально-деловых и социальных качеств

г) верно все вышеперечисленное

37. Соблюдение врачебной тайны необходимо

а) для защиты внутреннего мира человека, его автономии

б) для охраны от манипуляций со стороны внешних сил

в) для защиты социальных и экономических интересов личности

г) для создания основы доверительности и откровенности взаимоотношений "врач - пациент"

д) для поддержания престижа медицинской профессии е) все перечисленное верно

38. . Информированное добровольное согласие пациента (или доверенных лиц) является необходимым предварительным условием медицинского вмешательства:

а) всегда б) в особых случаях в) не всегда

39. Международная классификация болезней - это

а) перечень наименований болезней в определенном порядке

б) перечень диагнозов в определенном порядке в перечень симптомов, синдромов и отдельных состояний, расположенных по определенному принципу

г) система рубрик, в которые отдельные патологические состояния включены в соответствии с определенными установленными критериями

д) перечень наименований болезней, диагнозов и синдромов, расположенных в определенном порядке

40. Дерматологический диагноз формулируется, включая все перечисленное, кроме

а) нозологической формы б) клинической формы в) характера течения

г) стадии процесса д) эффективности предшествующего лечения

41. Гипоаллергенная диета может назначаться больным:

а) псориазом б) буллезными дерматозами в) склеродермией г) экземой, атопическим дерматитом д) все перечисленное

42. Лечебное питание больных дерматитом Дюринга предусматривает

а) исключение из рациона продуктов, приготовленных из злаков

б) ограничение углеводов в) ограничение белков г) ограничение поваренной соли

д) снижение калорийности пищевого рациона

43. К препаратам, блокирующим Н2-гистаминовые рецепторы, относится:

а) циметидин б) димедрол в) супрастин г) фенкарол д) диазолин

44. Понятие "дозовый режим" включает все перечисленное, кроме

а) суточных доз в единицах веса или объема б) промежутков между введением

в) путей введения г) скорости введения д) общей продолжительности лечения

45. К препаратам, тормозящим высвобождение медиаторных веществ из тучных клеток, относятся:
а) задитен б) кромолин-натрий в) циметидин г) правильно а) и б)

д) ни один из указанных

46. Неспецифическое гипосенсибилизирующее действие оказывают все перечисленные препараты, кроме: а) кортикостероидов б) антигистаминных препаратов

в) препаратов кальция г) тиосульфата натрия д) транквилизаторов

47. В прогредиентной стадии экссудативного псориаза назначается все перечисленное, кроме

а) антигистаминных препаратов б) витамина В12 и УФО в) гипосульфита натрия

г) 1% салициловой мази д) инъекций глюконата кальция

48. Лихеноидный парапсориаз характеризуется всем перечисленным, кроме

а) мелких лихеноидных буровато-красноватых папул с отрубевидной чешуйкой

б) буроватой пигментацией с телеангиэктазиями после инволюции чешуек

в) незначительной пурпуры после поскабливания г) сильного зуда

д) длительного течения и резистентности к терапии

49. В патогенезе розацеа имеют значение следующие факторы, кроме

а) ангионевротических расстройств б) инсоляции в) заболеваний желудочно-кишечного тракта г) эндокринопатий д)непереносимости глютена

50. Себорея способствует развитию всех перечисленных ниже заболеваний, кроме

а) вульгарных угрей б) розацеа в) себорейного дерматита г) ринофимы д) ксантелазмы

51. Трихонодозис – это: а) узловатые образования на стержне волоса б) пучки коротких волос в) скрученные волосы г) веретеновидные волосы д) спутанные волосы

52. При артропатическом псориазе целесообразно назначить все перечисленное, кроме

а) пенициллина и преднизолона б) нестероидных противовоспалительных препаратов

в) оксиферрискорбона г) детоксицирующих средств д) антиоксидантов

53. Типичные высыпные элементы красного плоского лишая имеют следующие особенности, кроме: а) папул плоских, полигональных, красновато-сиреневого цвета

б) вдавления в центре папулы в) восковидного блеска

г) сетки Уикхема на поверхности папул д) преимущественной локализации на лице

54. Инфекции ВИЧ не передаются

а) трансфузионным путем б) трансмиссивным путем в) от заболевшей матери к плоду

г) инъекционным путем д) половым путем

55. СПИДу могут сопутствовать а) оппортунистические инфекции внутренних органов

б) поражения нервной системы в) эпидемическая саркома Капоши

г) волосатая лейкоплакия языка д) все перечисленное

56. Для стрептококкового импетиго характерно все перечисленное, кроме

а) появления на коже фликтен б) желтых корок в) быстрого распространения

г) воспалительных узлов д) воспалительного ободка вокруг фликтен

57. При стрептококковом импетиго назначается все перечисленное, кроме

а) растворов анилиновых красок б) мазей со стероидными гормонами

в) вскрытия фликтен г) паст с антибиотиками д) мазей с антибиотиками

58. Для простого пузырькового лишая характерны все перечисленные признаки, кроме:

а) эритемы б) отека в) группы пузырьков г) пузырей д) эрозий

59. К клиническим симптомам простого пузырькового лишая относится все перечисленное, кроме: а) пятен и волдырей б) пузырьков в) наличия венчика гиперемии вокруг очага

г) группировки высыпаний на ограниченном участке кожи д) склонности к рецидивам

60. К препаратам, предназначенным для наружного применения при лечении простого и опоясывающего герпеса, относятся все перечисленные, кроме

а) оксолиновой мази б) линимента госсипола в) ихтиоловой мази

г) теброфеновой мази д) мази заверакс

61. Обязательному обследованию на сифилис с применением серологических методов исследования подлежат больные, находящиеся: а) в неврологических отделениях больницы

б) в инфекционных отделениях больницы в) в терапевтических отделениях больницы

г) в глазных отделениях больницы д) правильно а) и б)

62. К дермато-венерологическим учреждениям относятся: а)кожно-венерологический диспансер

б) кожно-венерологический кабинет в) кабинет дермато-венеролога в МСЧ

г) кожно-венерологическое отделение д) кабинет дерматолога в поликлинике

63. Местные аллергические реакции немедленного типа - это

а) феномен Артюса - Сахарова (ягодичная реакция) б) контактный аллергический дерматит

в) конъюнктивит г) фарингит д) глоссит

64 Дезинтоксикационным эффектом обладают: а) гипосульфит натрия б) пантотеновая кислота в) аскорбиновая кислота г) сернокислая магнезия д) все перечисленное

65. Специфическая гипосенсибилизация показана при всех перечисленных факторах, кроме

а) точно установленного аллергена

б) невозможности избежать повседневного контакта с аллергеном

в) отсутствия противопоказаний для специфической гипосенсибилизации

г) моновалентной сенсибилизации д) поливалентной сенсибилизации

66. Гиперергические реакции, связанные с клеточными антителами, имеют следующие проявления

а) буллезные б) эксфолиативные в) геморрагические г) экзематозные д)все перечисленные

67. К лечебному питанию больных акантолитическими буллезными дерматозами предъявляются все перечисленные требования, исключая обогащение

а) животными белками б) продуктами, содержащими соли калия в) углеводами и жирами

г) продуктами, содержащими соли кальция д) правильно в) и г)

68. Алкоголь влияет на эффективность лекарств путем

а) изменения резорбции и метаболизма лекарств б) повышения токсичности барбитуратов

в) правильно а) и б)

69. Экскреция лекарств с низким молекулярным весом производится в основном

а) почками б) желчной системой в) кишечником г) легкими д) железами кожи

70. Проявления бляшечного парапсориаза характеризуются следующими признаками, кроме

а) желтовато-бурых пятен с четкими границами

б) небольшого шелушения мелкими чешуйками, иногда незаметного, выявляющегося с помощью граттажа в) преимущественной локализации на туловище и нижних конечностях

г) отсутствия зуда д) выраженной инфильтрации и нарушения общего состояния

71. Клиническими проявлениями при грибовидном микозе может быть все перечисленное, кроме

а) сильного зуда б) эритематозных очагов, инфильтративных бляшек

в) опухолевидно-узловатых образований с язвенным распадом

г) эритродермии и кератодермии ладоней и подошв д) лимфангиэктатических кист

72. Телеангиэктатическая форма пигментной крапивницы обычно наблюдается

а) в детском возрасте б) исключительно у взрослых больных в) с самого рождения

г) в пубертатный период д) в любом возрасте с одинаковой частотой

73. Гистологические изменения при кольцевидной гранулеме включают

а) фокусный некробиоз коллагена средней части дермы

б) радиально расположенный клеточный инфильтрат из лимфоцитов, гистиоцитов, эпителиоидных клеток, гигантских клеток типа инородного тела

в) расширение сосудов верхней части дермы, набухание эндотелия, утолщение стенки сосудов, периваскулярные лимфоидно-гистиоцитарные инфильтраты, возможен стаз эритроцитов

г) фрагментация и отечность коллагена средней части дермы д) все перечисленное

74. Причиной дерматозов, развивающихся при сахарном диабете, является

а) снижение защитной функции кожи б) нарушение обмена веществ в) микроангиопатии

г) аллергические реакции д) все перечисленное

75. Наследственная геморрагическая телеангиэктазия (болезнь Рандю - Ослера) характеризуется всем перечисленным, кроме

а) капиллярных звездчатых ангиом на слизистых оболочках носа и рта

б) капиллярных звездчатых, паукообразных ангиом на коже лица, губ, пальцев

в) частых носовых кровотечений, вторичной анемии

г) проявления в течение всей жизни, начиная с детства

д) возникновения после инсоляций и фотодерматита

76. Мочка ушной раковины наиболее часто поражается

а) при псориазе б) при себорейном дерматите в) при микотической экземе

г) при стрептодермии д) при контактном дерматите

77. Методы лечения простого пузырькового лишая включают все перечисленное, кроме

а) симптоматического местного лечения б) симптоматического общего лечения

в) противовирусной антибиотикотерапии г) специфической иммунотерапии

д) неспецифической иммунотерапии

78. Для опоясывающего лишая характерны

а) эритема б) отек в) язвы г) некроз д) все перечисленное

79. Физиотерапевтическое лечение опоясывающего лишая целесообразно назначать

а) в начале заболевания б) в острой фазе в) в неполной ремиссии

г) при неврологических осложнениях д) правильно в) и г)

80. Поливалентная герпетическая вакцина назначается больным

а) простым герпесом в остром периоде

б) простым герпесом в период обратного развития высыпаний

в) рецидивирующим герпесом в период полной ремиссии

г) рецидивирующим герпесом в период неполной ремиссии

д) во всех перечисленных случаях

81. К разновидностям простого пузырькового лишая в зависимости от локализации относится

а) герпес лица (губ, носа и т.д.) б) герпес гениталий

в) герпетический кератит и гинговостоматит г) герпетический менингоэнцефалит

д) все перечисленное

82. Целью симптоматической терапии при герпетической инфекции является

а) ограничить распространение очагов инфекции и предупредить их нагноение

б) противорецидивное действие в) санировать очаг вирусной инфекции

г) достичь иммунотерапевтического эффекта д) все перечисленное

83. Ограниченное использование противовирусных антибиотиков при лечении герпетической инфекции связано: а) с сильным токсическим действием на клетки организма больного и низкими антивирусными свойствами б) с отсутствием противовирусных антибиотиков

в) с плохим проникновением препаратов в кожу

г) с плохим проникновением препаратов в нервные ганглии д) правильного ответа нет

84. Развитию кандидоза способствует все перечисленное, кроме

а) сахарного диабета б) длительного лечения антибиотиками

в) потливости, мацерации кожи г) иммунодефицита д) гипертонической болезни

85. Плесневые грибы поражают все перечисленное, кроме

а) кожи б) слизистых в) ногтей г) внутренних органов д) волос

86. Онихолизис может возникнуть на фоне: а) кожных болезней б) травматизации

в) эндокринных нарушений г)бактериальных и грибковых инфекций д) всего перечисленного

87. Микроскопическое отличие пораженного волоса при инфильтративно-нагноительной трихофитии касается: а) эндотрикса б) эктотрикса в) спор, расположенных цепочкой

г) спор, расположенных хаотично д) правильно б) и в)

88. Хромомикоз характеризуется поражением всех перечисленных тканей, кроме

а) кожи б) подкожной клетчатки в) слизистых г) внутренних органов д) эпидермиса

89. Для разноцветного лишая характерно: а) хроническое течение б) наличие пятен в) отрубевидное шелушение г) фестончатые очертания очагов д) все перечисленное, кроме г)

90. Для глубокой трихофитии характерно: а) общее недомогание с повышением температуры тела

б) наличие островоспалительных инфильтратов в) положительный симптом "медовых сот"

г) самопроизвольное разрешение д) все перечисленное

91. Основными препаратами для лечения больных сифилисом являются: а) препараты пенициллина б) препараты тетрациклина в) препараты эритромицина г) макролиды

92. Патогномоничным симптомом позднего врожденного сифилиса является

а) бугорки кожи туловища б) лабиринтная глухота

в) гуммы кожи туловища г) саблевидные голени

93. Патогномоничным симптомом позднего врожденного сифилиса является

а) ягодицеобразный череп б) бочкообразные зубы

в) гетчинсоновские зубы г) широко расставленные верхние резцы

94. Женщина перенесла в прошлом вторичный сифилис свежий. Через год после снятия с учета наступила беременность. Беременная

а) лечению не подлежит, так как лечение закончила до наступления беременности

б) в лечении не нуждается, так как беременность наступила после снятия с учета

в) подлежит клинико-серологическому контролю

г) нуждается в профилактическом лечении, так как настоящая беременность первая после снятия с учета

д) подлежит лечению, так как ранее болела сифилисом

95. В период беременности женщина получила превентивное лечение по поводу полового контакта с больным вторичным свежим сифилисом. Родился ребенок массой тела 3200 г, ростом 53 см. При комплексном обследовании симптомов сифилиса не выявлено. Ребенку показано

а) лечение по схемам врожденного сифилиса б) клинико-серологический контроль

в) обследование и лечение не показано г) превентивное лечение

96. Для сифилиса скрытого раннего при резко положительной реакции Вассермана характерным является: а) низкий титр реагинов б) высокий титр реагинов в) титр реагинов значения не имеет

97. Для сифилиса скрытого раннего характерным является выявление у полового партнера

а) манифестной формы сифилиса б) сифилиса скрытого позднего

в) сифилиса висцерального г) позднего нейросифилиса

98. Различают следующие клинические формы гонореи, кроме

а) свежей острой б) свежей подострой в) свежей торпидной г) латентной д) хронической

99. Извещения по форме N 089/у заполняются на больных гонореей, у которых диагноз подтвержден:

а) бактериоскопически и бактериологически б) уретроскопически

в) по данным конфронтации г) по характеру выделений

д) по выраженности клинических проявлений

100. Длительность инкубационного периода при гонорее чаще равна

а) 1-2 дням б) 3-4 дням в) 5-7 дням г) 8-10 дням д) 10-14 дням

2 вариант

1. В течение какого периода времени со дня издания Приказа органом здравоохранения действительна квалификационная категория, присвоенная врачам?

а) в течение 5 лет б) в течение 3 лет г) в течение 7 лет

2. К показателям, определяющим эффективность диспансеризации, относятся

а) среднее число больных, состоящих на диспансерном наблюдении

б) показатель систематичности наблюдения в) показатель частоты рецидивов

г) полнота охвата диспансерным наблюдением

д) заболеваемость с временной утратой нетрудоспособности у состоящих на диспансерном наблюдении

3. Организация работы стационара включает в себя следующие показатели

а) среднее число дней работы койки б) среднее число занятых и свободных коек

в) оборот койки г) средние сроки пребывания больного в стационаре

д) все вышеназванные показатели

4. Наиболее значимое влияние на сохранение и укрепление здоровья населения оказывают все факторы, кроме: а) уровня культуры населения б) экологических факторов среды

в) качества и доступности медицинской помощи г) безопасных условий труда

д) сбалансированности питания

5. На человека, бывшего в половом контакте с больным гонореей, заполняется

а) медицинская карта больного венерическим заболеванием

б) медицинская карта амбулаторного больного

в) карта профилактически осмотренного с целью выявления

г) статистический талон для регистрации заключительных диагнозов

д) контрольная карта диспансерного наблюдения

6. Папула образуется в результате: А. Экссудации Б. Пролиферации

7. Пузырек при экземе образуется за счет патоморфологического процесса

1. акантолиз 2. спонгиоз 3. баллонирующая дегенерация

8. Первичным морфологическим элементом является

1. Чешуйка 2. бугорок 3. корка 4. лихенификация

УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ

9. Слои кожи Содержание слоя

1. роговой А. кератин В. Ядро

2. зернистый Б. кератогиалин

10. Разновидности полиморфизма Характеристика

1. мономорфизм А. первичные элементы одного вида В. Только первичные элементы

2. полиморфизм Б. элементы одного размера Г. первичные и вторичные элементы

ОБВЕСТИ КРУЖКОМ НОМЕРА ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

11. Вторичным морфологическим элементом является:

1. Узел 2. Пузырь 3. Язва 4. волдырь

ДОПОЛНИТЬ

12. Папилломатоз – это _____ _____ _____ _____

ОБВЕСТИ КРУЖКОМ НОМЕРА ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

13. Сыпь полиморфная при:

1. псориазе 2. красном плоском лишае 3. контагиозном моллюске

4. вторичном сифилисе 5. остроконечных кондиломах 6. крапивнице

14. Неравномерность окраски поверхности папулы при красном плоском лишае (сеточка Уикхема) объясняется _____

15. Симптом стеаринового пятна при псориазе обьясняется _____

16. Клинические признаки «псориатической триады»_____ _____, _____ _____,_____

УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ

17. Заболевания Проявления

1. вульгарный псориаз А. триада симптомов

2. сифилис Б. воротничок Биетта

В. Папулы имеют периферический рост

Г. папулы не имеют периферического роста

18. Заболевания Клинические признаки

1. псориаз А. пупкообразное вдавление в центре В. Сетка Уэикхема

2. красный плоский лишай Б. крупнопластинчатое шелушение

19. Метод мазков-отпечатков при вульгарной пузырчатке позволяет обнаружить_____ клетки

20. Симптомы Характер проявлений

1. Асбо-Хансена А. увеличивается площадь пузыря при надавливании

2. Никольского Б. эпидермис отслаивается пинцетом

21. Дерматоз, для которого имеет диагностическое значение положительная проба на йод:

1. вульгарная пузырчатка 2. дерматит Дюринга 3. буллезный пемфигоид

УСТАНОВИТЬ ПРАВИЛЬНУЮ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ

22. Методика получения симптома Никольского:

- пинцетом взять покрышку пузыря; - вскрыть пузырь; - потянуть за покрышку пузыря

23. При красной волчанке в лабораторных показателях характерны изменения:

1. повышение СОЭ 2. наличие LE клеток 3. лейкопения 4. анемия 5. эозинофилия

ОБВЕСТИ КРУЖКОМ НОМЕРА ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

24. Препараты, применяемые для лечения склеродермии

1. пенициллин 2. эритромицин 3. никотиновая кислота 4. бийохинол 5. лидаза

25. Препараты, применяемые для лечения дискоидной красной волчанки

1. лидаза 2. делагил 3. пенициллин

26. Заболевания Проявления

1. красная волчанка А. симптом Бенье-Мещерского В. Симптом «дамского каблука»

2. туберкулезная волчанка Б. симптом «яблочного желе» Г. симптом Поспелова

27. Клинико-лабораторные исследования, применяемые для постановки диагноза «красная волчанка»:
1. симптом Бенье-Мещерского 2. симптом «дамского каблука»

3. симптом Уикхнма 4. исследование крови на LE клетки

28. Клинические ватианты ограниченной склеродермии:

1. бляшечная 2. центрифужная 3. болезнь белых пятен 4. линейная 5. гиперкератотическая

29. Какой микроскопический метод обнаружения бледной трепонемы является наилучшим

1. обычный 2. темнопольный

30. Скрытый сифилис делится на два периода _____ и _____

УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ

31. Периоды сифилиса Длительность течения

1. инкубационный А. 2-4 года Д. 25 лет

2. первичный Б. 3-4 недели Е. 10 дней

3. вторичный В. 6-8 недель Ж. 9-12 недель

4. третичный Г. 7 лет

32. Периоды сифилиса Кожные проявления:

1. инкубационный А. бугорковый сифилид Д. папулузный сифилид

2. первичный Б. розеола Е. гуммы

3. вторичный В. Нет высыпаний Ж. аллопеция

4. третичный Г. твердый шанкр

33. Периоды сифилиса Реакция лимфоузлов

1. инкубационный А. полиаденит

2. первичный Б. регионарный лимфоаденит

3. вторичный свежий В. Отсутствие реакции со стороны лимфоузлов

4. вторичный рецидивный

34. Причиной удлинения инкубационного периода является прием:

1. сульфаниламидных препаратов 2. антибиотиков 3. метронидазола 4. дезинфицируюущих средств

35. Заболевание инкубационный период

1. лепра а. 4-5 дней

2. сифилис б. 3-4 недели

3. гонорея в. 7-12 дней

36. Основные клинические признаки поражения гладкой кожи при микроспории:

1. очаг с четкими контурами, кольцевидный 2. очаг с нечеткими границами 5. разрешение с центра

3. возможны вписаны круги по типу «ириса» 4. крупнопластинчатое шелушение

37. Заболевание Применяемые лекарственные препараты

1. кандидоз А. леворин В. Нистатин

2. микоз стоп Б. гризеофульвин Г. ламизил

38. Антибиотики, используемые при лечении кандидоза

1. нистатин 2. леворин 3. 26евомицетин

39. Возбудитель разноцветного лишая:

1. trichophyton rubrum 2. trichophyton mentagraphytes 3. pityrosporum orbiculare

40. Патологический материал, который необходимо использовать для микроскопической диагностике микоза стоп: 1. ногтевые чешуйки 2. обрывки рогового слоя по краю трещин 3. волос

41. Антибиотики, используемые в терапии микозов: 1. гризеофульвин 2. низорал 3. линкомицин

ОБВЕСТИ КРУЖКОМ НОМЕРА ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

42. Морфологические элементы характерные для клиники неосложненной чесотки

1. узелок 2. пятно 3. бугорок 4. гнойничок 5. пузырек 6. пузырь

43. Наиболее характерные сроки инкубационного периода чесотки

1. 2-5 дней 2. 7-10 дней 3. 40-50 дней 4. более месяца

44 Раэновидности стрептококкового импетиго

1. поверхностный панариций 2. фурункул 3. заеда 4. простой пузырьковый лишай 5. буллезное импетиго

6. интертригинозная опрелость 7. эпидемическая пузырчатка 8. сифилоподобное папулезное импетиго

УСТАНОВИТЬ ПРАВИЛЬНУЮ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ

45. Стадии развития фурункула:

- язва; - гнойно-некротическое воспаление сально-волосяного фолликула и окружающей его ткани; - эритема; - рубец; - отек

46. Клинические разновидности стрептококкового импетиго

1. импетиго буллезное 2. простой лишай 3. импетиго щелевидное 4. импетиго язвенное

УСТАНОВИТЬ СООТВЕТСТВИЕ

47. Заболевание Проявления

1. сифилитическая эктима А. перифокальное воспаление В. Боль отсутствует

2. вульгарная эктима Б. болезненность Г. перифокального воспаления нет

48. Заболевание Лечение

1. свежая гонорея А. сульфаниламиды В. Гоновакцина

2. хроническая гонорея Б. пенициллин

49. Серологической реакцией при гонорее является_____

50. Клинические признаки крапивницы

1. зуд 2. боль 3. пятно 4. волдырь 5. папула 6. пустулы 7. поражение слизистых оболочек

8. висцеропатии 9. бугорок

УСТАНОВИТЬ ПРАВИЛЬНУЮ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ

51. Развитие клинической картины экземы:

- отек, - мокнутие, – «Серозные колодцы», - везикулы, - чешуйки, - корочки, - пятно (гиперхромное, гипохромное)

52. Наружная терапия экземы: - пасты, - мази, - примочки, - эмульсии

ОБВЕСТИ КРУЖКОМ НОМЕРА ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

53. Первичные элементы при простом герпесе

1. Пятно 2. Волдырь 3. пузырек 4. Гнойничок 5. узелок

54. Клинические проявления характерные для аллергического профессионального дерматита

1.гиперемия 2.отечность 3.везикуляция 4.вегетация 5.мокнутие 6.рубцевание

55. Мероприятия проводимые при ожоге щелочью

1).нейтрализация

2).наложение примочек с раствором фурацилина

3).наложение повязок с гормональными кремами или мазями

56. Свежий острый передний уретрит гонорейной этиологии характеризуется всеми перечисленными признаками, кроме:

а) обильных гнойных выделений

б)болезненности при мочеиспускании

в) гиперемии губок наружного отверстия уретры

г) наличия гнойных нитей в 1-й и 2-й порциях мочи

д)наличия гнойных нитей в 1-й порции мочи

57. У женщин, больных гонореей, наиболее часто наблюдается следующая клиническая форма

а) свежая острая б) свежая подострая в) свежая торпидная г) латентная д) хроническая

58. У женщин свежий острый уретрит гонорейной этиологии характеризуется всеми признаками, кроме:

а) гиперемии губок наружного отверстия уретры

б) плотноэластической консистенции стенок уретры в) гнойных выделений из уретры

г) учащенного мочеиспускания д) тупых болей в низу живота

59. Хронический тотальный уретрит гонорейной этиологии у мужчин характеризуется следующими признаками, кроме:

а) застойно-гиперемированного цвета слизистой губок наружного отверстия уретры

б) скудных гнойных выделений в) болезненности в конце акта мочеиспускания

г) наличия незначительного количества гнойных нитей в 1-й и 2-й порциях мочи

д) наличия гнойных нитей в 1-й порции мочи

Задача (тесты 60-63)

60. Женщина 22 лет обратилась к гинекологу с жалобами на обильные выделения из влагалища с неприятным запахом в течение 2 месяцев. При осмотре отмечены умеренная гиперемия и отечность слизистой преддверия и влагалища, проба с 10% КОН положительная. В мазках - лейкоциты в небольшом количестве, "ключевые" клетки >20%, грам-положительные кокки. Диагноз

а) свежий, подострый бактериальный вагиноз б) свежий торпидный бактериальный вагиноз

в) хронический бактериальный вагиноз г) обострение хронического бактериального вагиноза

д) свежий бактериальный вагиноз

61. Тактика лечения: а) местное лечение б) препараты метронидазола внутрь и местно

в) препараты метронидазола внутрь и местно, антибиотики широкого спектра действия

г) антимикотики внутрь и местно

д) антибиотики широкого спектра действия, антимикотики внутрь и местно

62. Тактика врача в отношении полового партнера данной пациентки:

а) обследование и последующее лечение в случае обнаружения клинико-лабораторных признаков инфекционного процесса

б) обследование и лечение вне зависимости от обнаружения "ключевых" клеток в мазках

в) обследование и лечение при наличии клинических показаний и жалоб

г) не подлежит обследованию при отсутствии жалоб и клинических признаков воспаления

д) по желанию пациента

63. Комплекс терапевтических мероприятий, показанных данной пациентке, включает все перечисленное, кроме: а) препаратов метронидазола б) антибиотиков широкого спектра действия

в) продигиозана г) препаратов, улучшающих пищеварение д) поливитаминов

64. Бактериальный вагиноз, протекающий в виде моноинфекции без осложнения, характеризуется жалобами: а) незначительное количество выделений с неприятным запахом, усиливающимся во время менструации и полового контакта

б) обильные выделения с неприятным запахом, зуд, жжение в области наружных половых органов

в) дизурические явления, зуд, жжение в области наружных половых органов

г) ноющие боли внизу живота, обильные выделения с неприятным запахом

д) все перечисленное правильно

65. На прием к венерологу обратился мужчина, имевший половую связь с незнакомой женщиной две недели назад. Спустя 5 дней после интимной близости появились рези при мочеиспускании, обильные гнойные выделения из уретры. Объективно: губки уретры отечны, гиперемированы, выделения обильные, гнойные, свободные. Первая порция мочи - мутная, вторая - прозрачная, чистая. В мазках из уретры обнаружены гонококки. Диагноз

а) свежая гонорея, острый передний уретрит б) свежая подострая гонорея, подострый передний уретрит в) свежая подострая гонорея, подострый передний уретрит

г) острый гонорейный передний уретрит д) острый гонорейный тотальный уретрит

66. Женщина по поводу гонореи получила полноценное лечение. В первом контроле обнаружены гонококки. Половые связи категорически отрицает. Тактика врача

а) лечение другими антибиотиками

б) лечение по схемам хронической гонореи с предварительным установлением чувствительности гонококка к антибиотикам

в) лечение по схеме острой гонореи г) лечение только гоновакциной д) местное лечение

67. Невус Сеттона – это:

а) периневоидная лейкодерма (периневоидное витилиго) б) анемический невус
в) вторичная послевоспалительная ахромия г) голубой невус д) гладкий невус

68. Возникновению пеленочного дерматита способствует все перечисленное, кроме

а) увеличения содержания аммиака в моче при ацидозе, рахите

б) избытка аммиака в кале при его щелочной реакции (производящие аммиак бактерии развиваются в щелочной среде толстой кишки при вскармливании младенца коровьим молоком)

в) чрезмерно кислых испражнений

г) стирки пеленок синтетическим моющим средством, содержащим хлор, сильные щелочи

д) пищевой аллергии

69. В случае повышенного салоотделения на голове у подростка следует рекомендовать

а) мыть голову часто, не реже двух раз в неделю б) использовать постоянно сульсеновое мыло

в) использовать постоянно зеленое мыло с серой г) мыть голову редко, 1-2 раза в месяц

д) исключить мытье водой и мылом, очищать волосы мукой

70. С атопическим дерматитом часто сочетаются все перечисленные мультифакториальные болезни, кроме: а) псориаза б) поллиноза в) бронхиальной астмы

г) язвенной болезни двенадцатиперстной кишки д) неврастении

71. Клинические признаки псориаза

1. наличие папул 2. шелушение 3. наличие пузырьков 4. феномен Кебнера

5. геморрагические пятна

72. Клинические признаки красного плоского лишая

1. волдыри 2. Папулы 3. пупкообразные вдавления в центре 4. воротничек Биета

73. Средства, применяемые местно при лечении псориаза

1. нафталановая мазь 2. салициловая мазь 3. низораловая мазь 4. серная мазь (33%)

ДОПОЛНИТЕ

74. Неравномерность окраски поверхности папулы при красном плоском лишае (сеточка Уикхема) объясняется _____

75. Симптом стеаринового пятна при псориазе обьясняется _____

76. Клинические признаки "псориатической триады"__

77. Гистологические признаки, характерные для красного плоского лишая

1. паракератоз 2. гранулез 3. акантоз 4. папилломатоз

78. Этапы клинических форм при псориазе

1) артропатический 2) вульгарный

79. Заболевания Патоморфологические изменения

1. псориаз А. паракератоз Б. папилломатоз В. гранулез

2. красный плоский лишай

80. Заболевания Симптомы

1. псориаз А. терминальная пленка В. сетка Уэкхема

2. красный плоский лишай Б. кровяная роса Г. стеариновое пятно

81. Заболевания Локализация

1. псориаз А. слизистые оболочки В. Ногти

2. красный плоский лишай Б. разгибательные поверхности Г. волосистая часть головы

82. Клинические разновидности красного плоского лишая

1. гипертрофическая 2. атрофическая 3. пемфигоидная 4. артропатическая

УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ

83. Заболевания Проявления

1. вульгарный псориаз А. триада симптомов Б. воротничок Биетта

2. сифилис В. папулы имеют периферический рост

84. Клинические признаки подтверждающие " герпетиформность" дерматита Дюринга

1. группировка высыпных элементов 2. пузыри вялые 3. пузыри напряженные

85. При дерматите Дюринга назначают препараты

1. ортофен 2. ДДС (диамино-дифенил-сульфон) 3. низорал

ОБВЕСТИ КРУЖКОМ НОМЕРА ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

86. Клинические разновидности пузырчатки

1. вульгарная 2. псориазеформная 3. вегетирующая 4. листовидная 5. пустулезная

87. При дерматите Дюринга больные жалуются на

1. боль 2. зуд 3. чувство похолодания конечностей

88. Для дискоидной красной волчанки характерна локализация

1. кисти 2. щеки 3. нос 4. голени 5. волосистая часть головы

89. Препараты, применяемые для лечения склеродермии

1. пенициллин 2. эритромицин 3. никотиновая кислота 4. бийохинол 5. лидаза

90. Препараты, применяемые для лечения дискоидной красной волчанки

1. лидаза 2. делагил 3. пенициллин

91. Первичным клиническим признаком красной волчанки является

1. лейкодерма 2. пузырь 3. волдырь 4. стойкая эритема

92. Болезни соединительной ткани

1. парапсориаз 2. аллергический васкулит 3. красная волчанка 4. дерматомиозит

93. При сифилисе иммунитет

1. инфекционнчй стерильный 2. инфекционный нестерильный

УСТАНОВИТЬ СООТВЕТСТВИЕ

94. Заболевания Проявления

1. красная волчанка А. триада симптомов В. симптом "дамского каблука"

2. псориаз Б. симптом Бенье-Мещерского Г. симптом Кебнера

95. Заболевания Проявления

1. красная волчанка А. симптом Бенье-Мещерского В. симптом "дамского каблука"

2. туберкулезная волчанка Б. симптом "яблочного желе" Г. симптом Поспелова

96. Заболевания Проявления

1. красная волчанка А. атрофия В. эритема

2. туберкулезная волчанка Б. свежие высыпания на рубцах Г. бугорок

ДОПОЛНИТЬ

97 При дерматите Дюринга больные предьявляют жалобы на____

98. Характерным для красной волчанки при поскабливании пятна являются жалобы на _____

99. Скрытый сифилис делится на два периода _____ и _____

100. Осложнениями твердого шанкра являются _____,_____,

_____,_____,_____,_____

Приложение 2

Практические навыки

1. Собрать анамнез у больного кожным и венерическим заболеванием. Выяснить причинные, провоцирующие и способствующие факторы, и при необходимости оценить эпидобстановку. Провести клиническое обследование взрослых и детей, больных дерматозами.
2. Клинически определять первичные и вторичные морфологические элементы на коже, губах и слизистой оболочке полости рта. Описывать клиническую картину поражения кожи и слизистой оболочки полости рта у взрослых и детей
3. Определять по вторичным морфологическим элементам предшествовавшие им первичные морфологические элементы кожной сыпи
4. Определять дермографизм
5. Ставить и оценивать кожные пробы
6. Определять псориатические феномены
7. Оценивать изоморфную реакцию Кёбнера
8. Брать мазки-отпечатки и распознавать акантолитические клетки
9. Определять симптом Никольского
10. Взять патологический материал для выявления чесоточного клеща, патогенных грибов и гонококков
11. Провести осмотр больных под лампой Вуда
12. Поставить диагноз (или предположительный диагноз).
13. Составить индивидуальный план лечения больного (режим, диета, медикаменты, физиотерапия и др.) с учетом диагноза, показаний и противопоказаний для каждого метода лечения.
14. Оценить и предположить возможные проявления нежелательного побочного действия лекарств. Меры по предупреждению и их устранению.
15. Сформулировать ближайший и отдаленный прогноз заболевания. Дать рекомендации для дальнейшего, в том числе амбулаторного лечения.
16. Рекомендовать меры вторичной профилактики (коррекция факторов риска, провоцирующих и способствующих факторов).
17. Выписывать рецепты препаратов на основные лекарственные формы для общего и наружного применения в дерматологии.
18. Провести местную обработку больных пиодермией**.**
19. Составить амбулаторную историю болезни
20. Применять наружные лекарственные формы при различных дерматозах
21. Удалять элементы заразительного (контагиозного) моллюска
22. Проводить профилактику гонорейных заболеваний глаз у новорожденных
23. Заполнять экстренное извещение на больных с венерическими и заразными кожными болезнями
24. Проводить дезинфекцию рук и инструментов при работе с больными заразными кожными и венерическими заболеваниями
25. Знать средства и методы дезинфекции при микозах стоп
26. Знать биологические эффекты ТКС
27. Знать от чего зависит продолжительность курса терапии ТКС
28. Что такое терапевтический индекс
29. Проба Минора (проба на потоотделение)
30. Реакция «воспламенения».
31. Гистаминовая проба
32. Симптом кольца Поспелова
33. Оказывать неотложную помощь больным при анафилактическом шоке.
34. Симптом атопической «зимней стопы»
35. Симптом «рыбьей икры».
36. Симптом «окопного рва».
37. Симптом Добротворской
38. Симптом «терки».
39. Конусы Бенье
40. Бугорок Корабелли.
41. Воротничок Биетта.
42. Диастема Гоше.
43. Зубы Гетчинсона
44. Инфильтрат диффузный сифилитический (диффузное уплотнение кожи, инфильтрация Гохзингера).

45.Симптом «Мех, изъеденный молью».
46. Псевдопаралич Парро.
47. Признак Систо.
48. Рубцы Робинсона–Фурнье.
49. Симптом Пинкуса («ступенчатые ресницы»).
50.Симптом Ядассона.
51. Симптом Дюбуа–Гиссара (симптом «инфантильного» мизинца).
52. Симптом Авситидийского–Игуменакиса.
53. Симптом «скошенного луга».
54. Симптом «облатки».
55. Триада Гетчинсона.
56. Яриша–Лукашевича–Герксгеймера реакция.
57. Для чего используют индекс PASI
58. Где и для чего используется индекс SCORAD
59. Местные и системные побочные эффекты галогенизированных ТКС
60. Оптимальный вариант дозировки ТКС
61. Рекомендации по применению ТКС у детей
62. Преимущества ТКС в сравнении с другими наружными средствами:
63. Критерии выбора наружных препаратов
64. Противочесоточные препараты (скабициды)
65. Препараты для лечения головного педикулеза
66. Топические однокомпонентные препараты с ретиноидами
67. Кератопластические средства
68. Кератолитические препараты
69. Принципы физиотерапевтического лечения
70. Средства ухода за кожей (эмоленты)
71. Основные функции липидов рогового слоя
72. Компоненты, входящие в состав эмолентов
73. Знать и уметь составлять отчетные формы по дерматовенерологии
74. Классификация акне-элементов
75. Оценка степени тяжести акне

Приложение 3

Теоритичкеская часть

1. Строение и функции кожи.
Анатомо-физиологические особенности.
2. Морфологические элементы кожи. Первичные и вторичные.
3. Семиотика кожных болезней, методы исследования.
4. Принципы общей и местной терапии кожных болезней.
5. Пиодермиты, этиология, патогенез.
6. Стафилококковые пиодермиты. Клиника.
7. Стрептококковые пиодермиты. Клиника.
8 Дифференциальная диагностика пиодермий.
9 Пиодермиты новорожденных. Эпидемиологическое значение.
10. Диагностика, лечение и профилактика пиодермитов. Пиоаллергиды.
11. Микозы. Общие сведения. Классификация. Методы диагностики.
12. Кератомикозы. Отрубевидный лишай. Эритразма. Клиника. Диагностика. Лечение.
13. Дерматомикозы. Эпидермофития и рубромикоз. Клиника. Диагностика. Лечение.
14. Трихомикозы. Трихофития. Микроспория. Фавус. Клиника.
15. Диагностика, лечение и профилактика трихомикозов. Дерматомикиды.
16. Кандидоз. Клиника. Диагностика. Лечение.
17. Туберкулез кожи. Этиология. Патогенез. Классификация.
18. Туберкулез кожи. Клиника. Методы диагностики. Лечение.
19. Дерматозоонозы: Чесотка. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика
20. Дерматозоонозы. Педикулез. Классификация Этиология. Патогенез. Клиника.Диагностика. Лечение. Профилактика.
21. Дерматозоонозы. Волосатик. Этиология. Клиника. Диагностика.
Лечение.
22. Лепра. Классификация. Типы. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
23. Саркоидоз. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика
24. Вирусные дерматозы. Герпес простой. Опоясывающий лишай. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
25. Вирусные дерматозы. Бородавки. Контагиозный моллюск. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
26. Генодерматозы. Ихтиозы и ихтиозиформные дерматозы. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
27. Генодерматозы. Нейрофиброматоз. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
28. Генодерматозы. Группа буллезного эпидермолиза. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
29. Нейродерматозы: Атопический дерматит. Этиология.Патогенез.Клиника.
30. Атопический дерматит. Диагностика. Лечение. Профилактика.
31. Нейродерматозы. Кожныйзуд. Крапивница. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.Диффдиагностика.
32. Нейродерматозы. Почесуха. Нейродермит. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
33. Дерматиты. Простой искусственный, контактный или
артифициальный дерматит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
34. Экзема. Классификация. Этиология. Клиника. Лечение.
35. Токсикодермии. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
36. Профессиональные заболевания кожи. Принципы
диагностики профессиональных заболеваний кожи.
Основы профилактики профессиональных заболеваний кожи.
37. Профессиональные заболевания кожи вследствие
физических, химических веществ и вызванные инфекционными возбудителями.
38. Псориаз. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностические симптомы. Лечение.
39. Парапсориаз. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика.
Лечение.
40. Красный плоский лишай. Этиология. Патогенез.
Клиника. Диагностика. Лечение.
41. Розовый лишай. Этиология. Патогенез. Клиника.
Диагностика. Лечение.
42. Болезнь Девержи. Этиология. Патогенез. Клиника.
Диагностика. Лечение.
43. Болезнь Дарье. Этиология. Патогенез. Клиника.
Диагностика. Лечение.
44. Васкулиты. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника.
Диагностика.

Лечение.
45. Угревая болезнь. Этиология. Патогенез. Клиника.
Диагностика. Лечение.
46. Буллезные дерматозы. Пузырчатка. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
47. Многоформная экссудативная эритема. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
48. Болезнь Дюринга. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика.Лечение.
49. Болезни соединительной ткани: Красная волчанка. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
50. Болезни соединительной ткани: Склеродермия. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
51. Болезни соединительной ткани: Дерматомиозит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
52. Лимфопролиферативные болезни кожи. Грибовидный микоз. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
53. Саркома Капоши. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
54. Неотложные состояния в дерматологии. Синдром Стивенса-Джонсона. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
55. Синдром Лайелла. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
56. Кольцевидная гранулема. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
57. Розацеа. Стадии. Этиология. Патогенез. Клиника. Лечение.
58. Себорея. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
59. Нарушение пигментации кожи. Гипохромии. Витилиго. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Нарушение пигментации кожи. Гиперхромии. Мелазма.Хлоазма. Этиология. Патогенез. Клиника. Лечение.
60. Доброкачественные новообразования кожи. Клиника. Диагностика. Лечение.
61. Предраковые заболевания кожи. Клиника. Диагностика. Лечение. Злокачественные новообразования кожи. Клиника. Диагностика. Лечение.
62. Особенности биологии и морфологии возбудителя сифилиса. Патогенез заболевания и иммунитет при сифилисе.
Эпидемиология сифилиса. Современные особенности течения сифилитической инфекции.
63. Клиника приобретенного сифилиса. Первичный, вторичный, третичный сифилис. Сифилис внутренних органов. Сифилис нервной системы
64. Врожденный сифилис. Ранний врожденный сифилис с симптомами. Ранний врожденный скрытый сифилис.
65. Врожденный сифилис. Поздний врожденный сифилис.
66. Диагностика и профилактика врожденного сифилиса.
67. Современные аспекты ведения беременных с сифилитической инфекцией. Особенности течения беременности и родов.
68. ВИЧ-инфекция и сифилис –общность эпидемиологии и особенности клинического течения у больных смешанной инфекцией.
69. Лабораторная диагностика сифилиса. Микроскопия(бактериоскопия). Серологические реакции. Гистологическая диагностика. Другие методы диагностики сифилиса.
70. Лечение сифилиса. Современные представления. Клинико-серологический контроль после окончания лечения.
71. Серорезистентность и дополнительное лечение. Замедленная негативация.
Снятие с учета. Реабилитация больных сифилисом.
72. Мягкий шанкр. Венерическая лимфогранулема. Паховая гранулема.
73. Гонококковая инфекция. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
74. Негонорейные(неспецифические) уретриты.
75. Современные проблемы заболеваний, передаваемых половым путем. Организация профилактики венерических болезней. Стратегия профилактики ЗППП. Организация лабораторной диагностики ЗППП.
Схема диспансерного наблюдения за больными ЗППП.

ПАТОЛОГИЯ

1. Основные понятия нозологии. Болезнь как нарушение гомеостаза.
2. Номенклатура и классификация болезней.
3. Общая этиология. Общий патогенез. Причинно-следственные взаимоотношения в патогенезе.
4. Венозная гиперемия. Причины, механизмы, последствия.
5. ДВС - синдром. Стадии. Патогенез.
6. Экссудация. Механизмы развития. Значение.
7. Фагоцитоз при воспалении. Причины эмиграции лейкоцитов в очаг воспаления. Механизмы фагоцитарной деятельности лейкоцитов.
8. Понятие об иммунном гомеостазе, механизмы гуморального и клеточного иммунитета.
9. Опухоли. Определение сущности опухолевого роста. Этиология опухолей. Современные теории опухолевого роста. Современная классификация опухолей. Принципы ее построения. Вторичные изменения в опухолях.
10. Доброкачественные, злокачественные и опухоли с местным деструирующим ростом. Критерии злокачественности. Понятие о рецидиве.

ПЕДАГОГИКА

1. Определите место педагогики в системе современного человекознания.
2. Назовите способы структурирования содержания образования и проиллюстрируйте их на примере.
3. Дайте характеристику законодательным актам в сфере образования.
4. Какие документы составляют нормативную основу образования?
5. Что означает понятие «обучение»? Как ваше собственное понимание этого понятия соотносится с его научной трактовкой?
6. В чем обнаруживается сходство и различие процессов обучения и лечения как древнейших видов гуманитарной практики?
7. Какие типы и виды обучения оптимальны на доклиническом и клиническом этапах медицинского образования?
8. В чем суть поэтапного формирования знаний и умений? Пояснить на примерах.
9. Какие требования к выбору форм организации познавательной деятельности обучаемых на учебном занятии существуют в дидактике?
10. Что лежит в основе классификации форм организации познавательной деятельности? Как связаны между собой формы организации познавательной деятельности и цели обучения?
11. От чего зависит выбор форм организации познавательной деятельности к конкретному занятию?
12. Какие формы обучения наиболее рационально использовать на разных этапах обучения в медицинском вузе и при обучении разных категорий обучаемых (медицинский персонал, пациенты, их родственники)?

Инфекционные болезни, в том числе туберкулез

Вопросы к ГАК (дерматовенерология):

1. Этиология, эпидемиология и патогенез туберкулеза. Клиническая классификация туберкулеза. Основные эпидемиологические показатели туберкулеза.
2. Основные методы выявления и диагностики туберкулеза.
3. Понятие об основных клинических симптомах и синдромах легочного внелегочного туберкулеза.
4. Остропрогрессирующие формы туберкулеза. Основы дифференциальной диагностики туберкулеза.
5. Специфическая, санитарная, социальная профилактика туберкулеза.

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. Медицинское право, как отрасль права.
2. Источники медицинского права.
3. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья.
4. Права и обязанности медицинских работников.

5. Понятие и виды медико-социальной помощи.
6. Особенности медицинской услуги
7. Особенности регулирования труда медицинских работников
8. Правонарушение и юридическая ответственность
9. Гражданско-правовая ответственность субъектов предоставления и оказания медико-социальной помощи.
10. Дисциплинарная ответственность медицинских работников.
11. Административная ответственность должностных лиц.
12. Уголовная ответственность медицинских работников.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

1. Дайте определение науки «Общественное здоровье и здравоохранение». Задачи общественного здоровья и здравоохранения. Объект изучения общественного здоровья и здравоохранения.
2. Какие методы используют при изучении общественного здоровья и здравоохранения?
3. Назовите главные критерии оценки эффективности системы здравоохранения.
4. Назовите базовые функции системы здравоохранения.
5. Дайте определения фактора риска. Перечислите факторы риска и кратко охарактеризуйте.
6. Дайте определение медицинской демографии и перечислите ее основные разделы.

7. Перечислите известные Вам исторически сложившиеся на этапах развития названия предмета Общественное здоровье и здравоохранение. С чем связано существование большого числа названий предмета?

8. Воспроизводство населения (естественное движение населения).
Общие и специальные показатели, методика расчета, анализ и оценка
9.Миграция населения: внешняя, внутренняя (урбанизация,
сезонная). Факторы, ее определяющие. Влияние миграции на здоровье населения
10. Естественный прирост населения, факторы на него влияющие.
Противоестественная убыль населения.
11. Дайте определения “заболеваемость”, распространенность болезней”,
патологическая пораженность”
12.От чего зависит полнота учета заболеваемости?

Министерство здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики
Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Медицинский факультет
Центр медицинского послевузовского образования

УТВЕРЖДАЮ
Министр здравоохранения ПМР
_____К.В.Албул
«_4_» ____01_____20_24_г.

СОГЛАСОВАНО
Ученым советом факультета
протокол № 5
от «_29_» ____12____20_23_г.
Председатель
Ученого совета факультета
_____Г.Н.Самко

ПРОГРАММА
ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ

образовательной программы
высшего образования- программы ординатуры

Специальность **31.08.54 ОБЩАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА (СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА)**

Квалификация выпускника: Врач-общей врачебной практики (семейная медицина)
Трудоемкость: 108 часов-3з.е.
Сроки проведения: 24.06.24 - 6.07.24г.

Тирасполь, 2023

Программа итоговой государственной аттестации образовательной программы высшего образования- программы ординатуры по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина) разработана в соответствии с Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования-ординатуры по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина) (утвержденным Приказом Министерства Просвещения Приднестровской Молдавской Республики № 674 от 28.07.2021г. «Об утверждении и введении в действие Государственного образовательного стандарта послевузовского профессионального образования - ординатуры)

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании кафедры Терапии с циклом фтизиатрии протокол № 4 от «28» ноября 2023г.
Заведующий кафедрой Терапии с циклом фтизиатрии _____ Лосева Н.Г.

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УМК факультета

«12» 12 2023 г. (протокол № 4)

Председатель УМК _____ (А.В. Васильчук)

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УС факультета

«29» 12 2023г. (протокол № 5)

Председатель УС _____ (Г.Н. Самко)

Программу составили:

Ассистент _____ Чеколтан И.В

Ассистент _____ Гавловская К.Д.

Содержание

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.
2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры
3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации.
4. Форма и структура итоговой государственной аттестации.
4.1 Форма итоговой государственной аттестации.
4.2 Трудоёмкость итоговой государственной аттестации.
4.3 Структура итоговой государственной аттестации.
5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.
6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации.
6.1 Критерии оценки результатов тестирования
6.2 Критерии оценки практических навыков и умений.
6.3 Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.
7. Содержание государственного экзамена.
7.1 Тестирование
7.2 Практические навыки.
7.3. Устное собеседование
8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

Приложения

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.

Цель - определение соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры требованиям Государственному образовательному стандарту послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.54 «Общая врачебная практика (семейная медицина)».

Задачи:

— установление уровня подготовки выпускника к выполнению профессиональных задач (оценка степени сформированности всех компетенций, предусмотренных Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.54 «Общая врачебная практика (семейная медицина)», характеризующих готовность выпускников к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации - Врач-общей врачебной практики (семейная медицина)).

— принятие решения о выдаче обучающемуся, успешно прошедшему итоговую государственную аттестацию по программе ординатуры, диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации.

2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры

Итоговая государственная аттестация относится к базовой части программы - Блок 3. итоговая государственная аттестация и завершает процесс освоения имеющих государственную аккредитацию образовательных программ ординатуры.

Итоговая государственная аттестация образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.54 «Общая врачебная практика (семейная медицина)» завершается присвоением квалификации " Врач-общей врачебной практики (семейная медицина)".

3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путём обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- физические лица женского пола (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку готовности выпускников, освоивших программу ординатуры, к следующим видам профессиональной деятельности:

— профилактическая;
— диагностическая;
— лечебная;
— реабилитационная;
— психолого-педагогическая;
— организационно-управленческая.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

а) готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу - УК1;

б) готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия - УК2;

в) готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование - УК3.

Профессиональные компетенции (ПК):

а) профилактическая деятельность:

1) готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания - ПК1;

2) готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными - ПК2;

3) готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях - ПК3;

4) готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медикостатистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков - ПК4;

б) диагностическая деятельность - готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - ПК5;

в) лечебная деятельность:

1) готовностью к ведению, и лечению пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи в рамках общей врачебной практики (семейной медицины) - ПК6;

2) готовностью к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации - ПК7;

г) реабилитационная деятельность - готовностью к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении - ПК8;

д) психолого-педагогическая деятельность - готовностью к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих - ПК9;

е) организационно-управленческая деятельность:

1) готовностью к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях - ПК10;

2) готовностью к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей - ПК11.

4.Форма и структура итоговой государственной аттестации

4.1.Форма итоговой государственной аттестации

Итоговая государственная аттестация обучающихся по образовательной программе ординатуры 31.08.54 «Общая врачебная практика (семейная медицина)» проводится в форме государственного экзамена.

4.2.Трудоёмкость итоговой государственной аттестации

Объем итоговой государственной аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) - сдачу государственного экзамена.

4.3.Структура итоговой государственной аттестации

В Блок 3 " Итоговая Государственная аттестация" входят подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена. Перед государственным экзаменом по специальности для ординаторов проводятся предэкзаменационные консультации по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в три этапа:

1 этап - тестирование, проводится для получения сертификата специалиста, имеет целью определить готовность специалиста к самостоятельной профессиональной (медицинской) деятельности (согласно Приказу Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 31.05.2022г №477 «Об утверждении Порядка приема граждан на обучение по образовательным программам послевузовского профессионального образования – программам ординатуры, а также Порядка реализации образовательных программ послевузовского профессионального образования – программ ординатуры» (регистрационный № 11145 от 15 июля 2022 года) (САЗ 22-27)). Во время тестирования обучающийся выбирает правильный(е) ответ(ы) из предложенных нескольких вариантов ответов. Каждый обучающийся отвечает на 100 тестовых вопросов, на решение которых отводится 120 минут(2 астрономических часа).

2 этап - оценка практических навыков и умений - состоит из демонстрации практических навыков и умений, приобретенных в результате освоения программы ординатуры.

3 этап – устный экзамен по дисциплине Общая врачебная практика (семейная медицина) с целью определения сформированности профессиональных компетенций выпускника, профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения. Каждый билет состоит из пяти теоретических вопросов, в процессе проведения государственного экзамена обучающемуся могут быть заданы уточняющие или дополнительные вопросы в рамках билета. На подготовку к ИГА ординатору выделяется 2 недели. После выбора билета ординатор готовится к ответу 30 минут, отвечает согласно регламенту 20 минут. По решению комиссии обучающийся может быть освобожден от необходимости полного ответа на вопрос билета, уточняющий или дополнительный вопрос.

Этапы государственного экзамена	Компетенции, которые оцениваются в ходе этапа
1 этап - в форме тестирование	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2,

2 этап - оценка практических навыков и умений	ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7 ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11.
3 этап – устный экзамен по дисциплине	

5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.

Проведение ИГА определяется календарным учебным графиком, выполнением индивидуального плана ординатора и расписанием ИГА.

Перед итоговой государственной аттестацией обучающиеся должны ознакомиться с программой ИГА. Подготовка к государственному экзамену может проводиться в формах, как устного повторения пройденных дисциплин (с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д.), так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.

6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации. Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

6.1. **Критерии оценки результатов тестирования**

Подведение **итогов 1 этапа в форме тестирования. Результат решения тестов оценивается по ятибалльной системе:**

- 49% и менее правильных ответов - «неудовлетворительно»;
- 50% - 70% - «удовлетворительно»;
- 71% - 84% - «хорошо»;
- 85% - 100% - «отлично».

6.2. Критерии оценки практических навыков и умений

Результаты 2 этапа определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол ИГА. Обучающиеся, получившие оценку «неудовлетворительно» к 3 этапу государственного экзамена не допускается, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений;

- «хорошо» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет;

- «удовлетворительно» - обучающийся обладает удовлетворительными теоретическими знаниями - знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний - не знает методики выполнения, практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и т.д.; и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

6.3. Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.

Результаты 3 этапа государственного экзамена определяются оценками «отлично»,

«хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «хорошо» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «удовлетворительно» - обучающийся показывает частичное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз с учетом принятой классификации. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций, демонстрируя поверхностное знание предмета;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не показывает освоение планируемых результатов обучения по пройденным темам, не может сформулировать диагноз или неправильно его ставит. Не может правильно ответить на большинство дополнительных вопросов, характеризующих уровень освоения необходимых компетенций.

7. Содержание государственного экзамена

7.1. Тестировние: Приложение 1
7.2. Практические навыки: Прилодение 2
7.3. Устное собеседование Приложение 3

8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

Основная литература:

1. Мартынов, А. И. Внутренние болезни: Т. I.: учебник / под ред. Мартынова А. И.,Кобалава Ж. Д. , Моисеева С. В. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 784 с. - ISBN 978-5-9704-5886-0. http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970458860.html
2. Мартынов, А. И. Внутренние болезни: Т. II.: учебник / под ред. Мартынова А. И. ,Кобалава Ж. Д. , Моисеева С. В. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 704 с. - ISBN 978-5-9704-5887-7. http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970458877.html
3. Маколкин, В. И. Внутренние болезни: учебник / Маколкин В. И. Овчаренко С. И. ,Сулимов В. А. - 6-е изд. ,перераб. и доп. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-4157-2.http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970441572.html

Дополнительная литература:

1. Щёкотова, В. В. Дифференциальная диагностика внутренних болезней / под ред. В. В.Щёкотова, А. И. Мартынова, А. А. Спасского. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 928 с. - 928с.-ISBN 978-5-9704-4778-9.http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970447789.html
2. Усанова, А. А. Ревматология / под ред. А. А. Усановой - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. -408с.-ISBN 978-5-9704-4275-3. http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970442753.html

3. Денисов, М. Ю. Младенческая гастроэнтерология: руководство для врачей / М. Ю.Денисов и др. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 336 с. - ISBN 978-5-9704-5293-6. http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970452936.html
4. Ивашкин, В. Т. Гастроэнтерология. Национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина,Т. Л. Лапиной - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html

Приложение 1

I вариант

1. Главной задачей КВЭЖ является следующее:
   а) Санкционирование долечивания при ВН более 4-х месяцев.
   б) Определение причины инвалидности.
   в) Направление на переобучение.
   г) Установление группы инвалидности.
   д) Дача трудовых рекомендаций инвалидом.

2. Основная функция КВЭЖ по экспертизе временной нетрудоспособности:
   а) Определение и установление группы инвалидности
   б) Определение трудовых рекомендаций.
   в) Определение права на оказание социальной помощи.
   г) Санкционирование долечивания.
   д) Анализ заболеваемости с ВН.

3. В структуре первичной инвалидности наиболее высоким является удельный вес следующей группы инвалидности:
   а) Всех групп инвалидности в одинаковой степени.
   б) 1 группы.
   в) ll группы.
   г) lll группы
   д) lll группы бессрочно

4. Наиболее частый вид инвалидности:
   а) В связи с трудовым увечьем.
   б) Вследствие профзаболевания.
   в) Инвалидность с детства.
   г) Вследствие общего заболевания.
   д) До начала трудовой деятельности.

5. Инвалидность в первую очередь является понятием:
   а) Динамическим.
   б) Юридическим.
   в) Статистическим.
   г) Медицинским.
   д) Социальным.

6. Обоснованное экспертное заключение об инвалидности больного возможно только при учете следующего фактора:
   а) Юридического и экономического.
   б) Социального.
   в) Медицинского.
   г) Экономического и медицинского.
   д) Медицинского и социального.

7. Наиболее частой причиной установления второй группы инвалидности является заболевание:
   а) Любой системы организма.
   б) Туберкулёз.
   в) Злокачественные новообразования.
   г) Сердечно-сосудистой системы.
   д) Последствие травм.

8. Вторую группу инвалидности определяют:
   а) Культя бедра и культя предплечья.
   б) Культи обеих голеней.
   в) Культи обеих костей.
   г) Культи обеих предплечий.
   д) Вычленение бедра.

9. Заболевание и повреждение опорно-двигательного аппарата, определяющие третью группу инвалидности:
   а) Культи плеча; предплечья; голени; ложный сустав бедра или
   б) Культи обеих голеней.
   в) Вычесление бедра.
   г) Культя бедра, непригодная к протезированию.
   д) Культя предплечья и слепота на один глаз; культя кисти при значительном нарушении функции другой в/конечности.

10. Чаще всего первые симптомы злокачественных опухолей ротоносоглотки:
   а) упорная боль с иррадиацией в ухо и затруднения глотания, уплотнения в миндалинах, изменения тембра голоса,
   б) частая рвота съеденной пище, головокружение, слабость, вялость
   в) чувство страха, оглушение, потеря памяти
   г) пульсирующая боль в голове, без четкой локализации

11. Носоглоточными симптомами рака являются:
   а) заложенность носа; ринолалия; носовые кровотечения; снижение слуха; выпячивание мягкого неба.
   б) дискомфорт в носовом ходу, чихание, серозно-гнойное выделение
   в) чувство тяжести в лобных и гайморовых пазухах, особенно при наклоне вперед
   г) болезненность при пальпации носоглоточной области

12. Симптомы, связанные с распространением опухоли на сопредельные органы и ткани:
   а) головная боль; серозный средний отит
   б) при поражении III, IV, VI пар черепно-мозговых нервов - диплопия, конвергирующий страбизм, расширение зрачка
   в) при поражении V пары - потеря болевой чувствительности и парестезии кожи лба, век
   г) поражение IX, X, XI пар черепно-мозговых нервов предопределяет гомолатеральный парез мягкого неба, гортани и глотки с нарушением глотания, охриплость голоса, кашель, атрофию мышц надплечья
   д) все перечисленное
   е) ничего из перечисленного

13. Симптомы, связанные с регионарными или отдаленными метастазами являются:
   а) поэтапность метастазирования *дифференцированных* плоскоклеточных раков в регионарные лимфатические узлы (заглоточные, глубокие яремные лимфатические узлы шеи, надключичные лимфатические узлы)
   б) нарушение этапности метастазирования *недифференцированных* злокачественных опухолей и лимфоэпителиом - раннее поражение отдаленных лимфоузлов (средостения, субаксиллярных, забрюшинных лимфоузлов)
   в) все перечисленное
   г) ничего из перечисленного

14. У больных раком носоглотки определяется триада симптомов Троттера
   а) ограничение подвижности мягкого неба, тригеминальная невралгия, заложенность уха.
   б) заложенность носа, шум в правом ухе, отсутствие слуха в правом ухе
   в) ограничение подвижности мягкого неба, заложенность уха, частые носовые кровотечения
   г) ограничение подвижности мягкого неба, тригеминальная невралгия, шум в ушах

15. Предраковыми заболеваниями прямой кишки являются:
   а) полип, полипоз, синдром Пейтца-Эгерса, синдром Гарднера, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, постлучевые проктиты
   б) семейный полипоз, болезнь Крона, постлучевые проктиты
   в) синдром Пейтца-Эгерса, синдром Гарднера
   г) ничего из перечисленного

16. В «золотой» стандарт обследования при раке представленной железы входит
   а) пальцевое исследование простаты, определение уровня простато-специфического антигена (ПСА), ультразвуковое исследование (УЗИ) простаты (одновременно с биопсией)
   б) пальцевое исследование простаты, определение уровня простато-специфического антигена (ПСА), флюрография, маршевая роба

в) пальцевое исследование простаты, определение уровня простато-специфического антигена (ПСА), слепая биопсия простаты
г) пальцевое исследование простаты, определение уровня простато-специфического антигена (ПСА), синцитиография, струмография
д) пальцевое исследование простаты, определение уровня простато-специфического антигена (ПСА)

17. Местные признаки хронического тонзиллита:
а) гиперемия и валикообразное утолщение краев небных дужек.
б) рубцовые спайки между миндалинами и небными дужками.
в) разрыхленные или рубцово-измененные и уплотненные миндалины.
г) казеозно-гнойные пробки или жидкий гной в лакунах миндалин.
д) регионарный лимфаденит — увеличение зачелюстных лимфатических узлов.
е) все перечисленное

18. Лечение при остром ларингите проводят:
а) в амбулаторных условиях без освобождения от работы, исключение составляют лица вокальных и речевых профессий, которым выдается листок временной нетрудоспособности
б) срочная госпитализация и лечение только хирургическое
в) плановая госпитализация, с физиопроцедурами
г) в амбулаторных условиях с освобождением от работы, и выдачей листка временной нетрудоспособности

19. Показанием для выполнения экстренной коникотомии, крикоконикотомии трахеостомии, при стенозе гортани, является следующая стадия:
а) 1
б) 2
в) 3
г) 4
д) 1,2,3
е) 2,3,4
ж) 3,4

20. Для алкогольной полиневропатии характерно:
а) Преимущественное поражение нижних конечностей
б) Преимущественное поражение верхних конечностей
в) Боли в голенях и стопах
г) Боли в предплечьях и кистях
д) Верно 1 и 3
е) Верно 2 и 4

21. Диабетическая полиневропатия развивается в результате:
а) Поражение сосудов периферических нервов
б) Нарушения метаболизма глюкозы
в) Токсического повреждения миелина периферических нервов
г) Всего перечисленного
д) Верно 1 и 2

22. В развитии остеопороза позвоночника играет роль:
а) Недостаточность половых гормонов
б) Повышение активности щитовидной железы
в) Снижение уровня фосфора и кальция в крови
г) Все перечисленные
д) Верно 1 и 3

23. Развитие гипертонической дисциркуляторной энцефалопатии чаще всего вызывается:
а) Стенозом крупных мозговых сосудов
б) Спазмом мозговых сосудов
в) Поражением мелких мозговых сосудов
г) Повышением свертываемости крови

24. В развитии недостаточности кровоснабжения мозга при атеросклерозе играют роль следующие факторы:
    а) Пролапс митрального клапана
    б) Повышение фибринолитической активности крови
    в) Снижение активности свертывающей системы
    г) Стеноз магистральных сосудов на шеи
    д) Все перечисленное

25. Для декомпенсации начальных проявлений недостаточности кровоснабжения мозга характерно:
    а) Появление рассеянной неврологической симптоматики
    б) Увеличение частоты и продолжительности эпизодов субъективных
    в) церебральных симптомов
    г) Появление очаговой неврологической симптоматики
    д) Появление эпизодов в ночное время
    е) Верно все перечисленное

26. Патогенетическим фактором головной боли при начальных проявлениях недостаточности кровоснабжения головного мозга может быть:
    а) Спазм артерий мозга
    б) Гипотония и дилатация артерий мозга
    в) Гипотония и дилатация вен мозга
    г) Повышение напряжения мышц мягких покровов головы
    д) Верно все перечисленное

27. Главной причиной церебральной ишемии при остром инфаркте миокарда с нарушением ритма (кардиоцеребральный синдром) является:
    а) Повышение вязкости крови
    б) Повышение активности свертывающей системы
    в) Ухудшение реологических свойств крови
    г) Снижение системного перфузионного давления
    д) Повышение агрегации форменных элементов крови

28. Наиболее частой причиной вегетативных кризов являются:
    а) Тревожные невротические расстройства
    б) Черепно-мозговая травма
    в) Поражения гипоталамуса
    г) Пролапс митрального клапана
    д) Диффузные заболевания соединительной ткани
    е) Нейроинфекция

29. Причиной синдрома Горнера без денервационной гиперчувствительности могут быть все перечисленные заболевания, за исключением:
    а) Верхушечного рака легкого
    б) Шейного ребра
    в) Рака щитовидной железы
    г) Воспалительных заболеваний орбиты
    д) Метастазов в лимфатические узлы средостения.

30. У юноши 18 лет после простудного заболевания появились жажда, полиурия, общая слабость, уровень сахара в крови 16 ммоль/л, в моче 5%, ацетон в моче (+). Тип диабета у больного?
    а) С.д. инсулинзависимый (1 тип)
    б) С.д. инсулиннезависимый (2 тип)
    в) С.д. инсулиннезависимый (2 тип), инсулинопотребный
    г) С.д. 2 типа у молодых (MODY)

31. У полной женщины 45 лет случайно при диспансерном обследовании выявлена гликемия натощак- 9,2 ммоль/л, глюкозурия 3%, ацетон в моче отрицательный. Родной брат больной страдает сахарным диабетом. Тип диабета у больной?
    а) С.д. инсулинзависимый (1 тип)
    б) С.д. инсулиннезависимый (2 тип)
    в) С.д. инсулиннезависимый (2 тип), инсулинопотребный
    г) С.д. 2 типа у молодых (MODY)
    д) Вторичный с.д.

32. Какое побочное действие бигуанидов можно ожидать у больного сахарным диабетом при наличии у него заболеваний, ведущих к тканевой гипоксии (анемия, легочная недостаточность и другие)?
    а) усиление полиурии
    б) кетоацидоз
    в) лактоцидоз
    г) агранулоцитоз
    д) холестатическая желтуха

33. Какой показатель является наиболее надежным критерием степени компенсации сахарного диабета при динамическом обследовании?
    а) С- пептид
    б) Средняя суточная гликемия
    в) Гликозилированный Нв
    г) Средняя амплитуда гликемических колебаний
    д) Уровень контринсулярных гормонов в крови

34. При первичном гипотиреозе в крови обнаруживается:
    а) Повышенный уровень ТТГ
    б) Пониженный уровень ТТГ
    в) Нормальный уровень ТТГ
    г) ТТГ отсутствует
    д) исследование ТТГ не имеет диагностической важности.

35. Какой из сахароснижающих препаратов вы порекомендуете больного инсулиннезависимым сахарным диабетом с сопутствующей патологией почек?
    а) Манинил
    б) Глюренорм
    в) Хлорпропамид
    г) Диабетон
    д) Адебит

36. У пожилого больного наблюдается увеличение и утолщение пальцев кистей, стоп, носа и нижней челюсти. С увеличением выделения какого гормона связаны указанные нарушения?
    а) Инсулина
    б) Соматотропина
    в) Тиреотропина
    г) Паратгормона
    д) АКТГ

37. Больной 50 лет жалуется на жажду, пьет много воды, выраженную полиурию, глюкоза в крови 4,8 ммоль/л, в моче глюкозы и ацетона нет, моча бесцветная, плотность 1,002-1,001. Какова причина полиурии?
    а) Гипотиреоз
    б) Инсулиновая недостаточность
    в) Гиперальдостеронизм
    г) Тиреотоксикоз
    д) Недостаток АДГ

38. Больной 9 лет доставлен в больницу в бессознательном состоянии с признаками обезвоживания. Кожа и слизистые оболочки сухие, запах ацетона изо - рта, мышечная гипотония, снижение сухожильных рефлексов, частое, глубокое дыхание, печень +4 см. Какую кому характеризует эта клиника?
    а) Мозговую
    б) Гипогликемическую
    в) Кетоацидотическую
    г) Лактацидотическую
    д) Гиперосмолярную

39. Женщина 52 лет, болеющая сахарным диабетом, жалуется на головную боль, утомляемость, бессонницу. При осмотре установлен высокий уровень АД – 200/110 мм.рт. ст. Какой препарат наиболее целесообразно выбрать для быстрого снижения артериального давления?

а) Анаприллин
б) Резерпин
в) Папаверин
г) Каптоприл
д) Празозин

40. При системной красной волчанке (СКВ) имеет место все перечисленное, кроме одного:
а) Препаратом выбора является преднизолон.
б) Серозные оболочки поражаются редко.
в) Почечная недостаточность развивается достаточно часто.
г) Обострение заболевания провоцируется инсоляцией.
д) Выявляется гипер – γ - глобулинемия.

41. При СКВ справедливо утверждение:
а) Типично полиорганное поражение.
б) Развитие заболевания преимущественно у молодых женщин.
в) Необходимо длительное применение кортиеостероидов.
г) Все перечисленное верно.
д) Все перечисленное неверно.

42. При СКВ диагностическое значение имеет все перечисленное, кроме одного:
а) Обнаружение LE - клеток в сыворотке крови.
б) Увеличение СОЭ.
в) Гипер – γ - глобулинемия.
г) Высокий титр АНФ в сыворотке крови.
д) Лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево.

43. Наиболее частым осложнением СКВ является:
а) Почечная недостаточность.
б) Амилоидоз печени.
в) Желудочно – кишечные осложнения.
г) Хронический панкреатит.
д) Бронхообструктивный синдром.

44. При СКВ справедливо все перечисленное, кроме одного:
а) Наиболее тяжелый прогноз отмечается при развитии гломерулонефрита.
б) При неэффективности цитостатиков назначаются кортикостероиды.
в) В развитии заболевания имеет значение семейно – генетическая предрасположенность.
г) При активности болезни характерно снижение титра комплемента.
д) Дебют заболевания возможен в виде изолированного суставного синдрома.

45. При СКВ справедливы утверждения:
а) Характерно развитие эрозивного артрита.
б) Часто возникает дисфагия.
в) При появлении активности патологического процесса отмечается лейкоцитоз.
г) Все перечисленное верно.
д) Все перечисленное неверно.

46. Выберите наиболее достоверную для диагноза ревматоидного артрита комбинацию признаков:
а) «Летучие» артралгии, вовлечение в патологический процесс преимущественно мелких суставов.
б) Стойкие артралгии, «блок» сустава, остеофитоз.
в) Острый моноартрит сустава большого пальца стопы.
г) Симметричное поражение мелких суставов, утренняя скованность, формирование анкилозов.
д) Симметричное поражение крупных суставов в сочетании с лихорадкой, быстрый эффект нестероидных противовоспалительных препаратов с полным восстановлением функции сустава и отсутствие деформаций.

47. При лечении ревматоидного артрита следует руководствоваться следующими положениями:
а) Учитывая иммунный характер болезни, лечение следует начинать с кортикостероидов.
б) Базисной терапией является индометацин.
в) При висцеральных поражениях не следует назначать препараты золота.
г) При поражениях почек показано назначение антибиотиков широкого спектра действия.

д) При моноартрите показан плазмофарез.

48. Тяжесть лечения ревматоидного артрита определяется:
    а) Возрастом больного.
    б) Наличием Ревматоидного фактора.
    в) Наличием висцеральных поражений.
    г) Всем перечисленным.
    д) Ничем из перечисленного.

49. Что из перечисленного не соответствует диагнозу ревматоидный артрит:
    а) Гиперурикемия.
    б) Узурация суставных поверхностей.
    в) Развитие «сухого» синдрома.
    г) Деформация пальцев кистей в виде «пуговичной петли».
    д) Поражение височно – нижнечелюстного сустава.

50. Для ревматоидного артрита характерно:
    а) Наличие костных разрастаний в области дистальных межфаланговых суставов кистей.
    б) Экссудативные и полиперативные изменения синовиальной оболочки пораженного сустава.
    в) Обязательное обнаружение ревматоидного фактора.
    г) Все перечисленное верно.
    д) Ничего из перечисленного.

51. Для гастрита, вызванного Helicobacter pylori, не характерно:
    а) сохраненная или повышенная секреторная функция
    б) пониженная секреторная функция
    в) клинические проявления аналогичны язве двенадцатиперстной кишки
    г) преимущественное поражение антрального отдела желудка

52. Множественные язвы в желудке и двенадцатиперстной кишке в сочетании с гиперацидным состоянием и упорными болями в эпигастрии, не купирующимися антацидами, вероятнее всего, связаны:
    а) с синдромом Дубина–Джонсона
    б) с синдромом Золлингера–Эллисона
    в) с изъязвлением рака желудка
    г) с предшествующим приёмом ульцерогенных лекарств

53. Какой из перечисленных препаратов не входит в состав трёх- и четырёхкомпонентной схемы лечения хеликобактерной инфекции?
    а) кларитромицин
    б) омепразол
    в) метронидазол
    г) сукральфат
    д) амоксициллин

54. При каком заболевании наблюдается преимущественное повышение неконъюгированного (свободного) билирубина в крови?
    а) аутоиммунный гепатит;
    б) вирусный гепатит;
    в) гемолитическая анемия
    г) первичный билиарный цирроз

55. Для синдрома холестаза при патологии печени характерно всё, кроме повышения уровня:
    а) АЛТ, АСТ
    б) конъюгированного (связанного) билирубина;
    в) холестерина
    г) ГГТП (гамма-глутамилтранспептидазы);
    д) щелочной фосфатазы

56. Для синдрома цитолиза при патологии печени характерно всё, кроме повышения уровня:
    а) АЛТ; АСТ
    б) щелочной фосфатазы

в) ЛДГ 5
г) сывороточного железа

57. Укажите синдром, на основании которого можно предположить переход хронического гепатита в цирроз печени?
а) синдром цитолиза
б) синдром холестаза
в) желтуха
г) синдром портальной гипертензии

58. Чем проявляется снижение синтетической функции печени?
а) гипоальбуминемией;
б) гипопротромбинемией;
в) гипохолестеринемией;
г) гипофибриногенемией**;**
д) всем перечисленным выше

59. Какое из последующих положений верно для синдрома раздражённой кишки?
а) одна из причин развития – дефицит лактазы
б) зависимость начала заболевания от предшествовавших стрессовых ситуаций
в) синдром является предраковым состоянием
г) начало заболевания в пожилом возрасте

60. Антибиотиком выбора для лечения внебольничной пневмонии в амбулаторных условиях у пациентов до 60 лет является:
а) Макролиды;
б) Фторхинолоны;
в) Доксициклин;
г) Аминогликозиды;
д) Цефуроксим.

II вариант

1. Какое из последующих положений верно для синдрома раздражённой кишки?
а) одна из причин развития – дефицит лактазы
б) зависимость начала заболевания от предшествовавших стрессовых ситуаций
в) синдром является предраковым состоянием
г) начало заболевания в пожилом возрасте

2. Серологический профиль человека, иммунизированного рекомбинантной вакциной против гепатита В, включает положительные результаты теста на:
а) HBsAg;
б) anti-HBc;
в) anti-HBe;
г) anti-HBs;
д) anti-HBc и anti-HBs

3. Хронический аутоиммунный гастрит ассоциирован со всеми следующими клиническими признаками, кроме:
а) наличия антител против обкладочных клеток
б) повышения уровня гастрина сыворотки крови
в) ахлоргидрии
г) вовлечения антрального отдела желудка
д) пернициозной анемии

4. Все перечисленные состояния участвуют в развитии печёночной энцефалопатии, кроме:
а) желудочно-кишечного кровотечения
б) гипокалиемии
в) спонтанного бактериального перитонита
г) массивной диуретической терапии
д) антибактериальной терапии

5. Гепатиты В и С имеют много сходных эпидемиологических признаков, включая всё перечисленное, кроме:
а) передачи при внутривенных инъекциях
б) передачи при половом контакте
в) развития хронического гепатита примерно у 10% больных
г) повышенный риск развития гепатоцеллюлярной карциномы у хронических носителей

6. Все перечисленные предложения в отношении спонтанного бактериального перитонита верны, кроме:
а) инфекция развивается при наличии асцита;
б) в 70% случаев возбудители - грам-отрицательные бактерии
в) препаратами выбора для лечения являются аминогликозиды
г) клиника-боль в животе, лихорадка, лейкоцитоз и паралитическая непроходимость

7. Все перечисленные факторы могут приводить к развитию язвенной болезни 12-перстной кишки, кроме:
а) приёма острой пищи
б) курения
в) генетических факторов
г) инфекции Helicobacter pylory
д) гиперпаратиреоза

8. Материалом для обнаружения микобактерий может служить:
а) плевральная жидкость
б) промывных вод желудка и бронхов
в) мокрота, моча и отделяемое из свища
г) кровь и биоптат
д) все перечисленное

9. Наиболее эффективным и достоверным в практической медицине методом обнаружения микобактерий туберкулеза является:

а) люминесцентная микроскопия
б) культуральный посев
в) бактериоскопия
г) биохимическое исследование
д) иммуно-генетический

10. Основным признаком, позволяющим отличить микобактериальные популяции от других является:

а) медленный рост на питательных средах
б) способность формировать особого вида колонии
в) спирто- и кислоустойчивость

11. Проникновение возбудителя в организм человека может произойти:

а) по воздухоносным путям
б) через желудочно-кишечный тракт
в) трансплацентарно
г) контактным путем
д) по всем перечисленным путям

12. При защите организма человека от туберкулезной инфекции преобладает:

а) гуморальный фактор иммунитета
б) клеточный фактор
в) клеточно-гуморальный фактор

13. Самым частым механизмом возникновения вторичного туберкулеза являются:

а) экзогенная суперинфекция
б) экзогенная реинфекция
в) эндогенная реинфекция

14. В условиях значительного размножения микобактерий туберкулеза в очаге поражения (105-106), выраженной гиперсенсибиллизации легочной ткани к туберкулезному токсину, воспалительный процесс будет характеризоваться:

а) продуктивным воспалением с образованием туберкулезной гранулемы
б) преимущественно экссудативным воспалением с казеофикацией и расплавлением казеозных масс
в) образованием крупного очага казеозного некроза с отграничивающей его фиброзной капсулой

15. Локализация первичного туберкулеза:

а) внутригрудные (периферические) лимфоузлы
б) легочная ткань
в) легочная ткань и внутригрудные лимфоузлы
г) бронхи
д) возможно все перечисленное

16. Доля легкого дренируется бронхом:

а) 1 порядка ветвления
б) 2 порядка
в) 3 порядка

17. Сегмент легкого дренируется бронхом:

а) 1 порядка ветвления
б) 2 порядка
в) 3 порядка

18. Насыщение артериальной крови O_2 в норме составляет:

а) 75%
б) 80%
в) 95%

19. В понятие очага туберкулезной инфекции следует включить:

а) больного, выделяющего БК
б) жилище больного, выделяющего БК

в) окружение больного, выделяющего БК
г) все перечисленное

20. Самым опасным очагом туберкулезной инфекции является:
а) бактериовыделитель с наличием в окружении его детей или лиц с асоциальным поведением
б) скудный бактериовыделитель при контакте только со взрослыми
в) бактериовыделитель с факультативным выделением БК и при контакте только со взрослыми

21. Химиопрофилактика туберкулеза показана лицам:
а) контактирующим с бактериовыделителем
б) состоящим на учете в «Н» и «П» группах диспансерного учета
в) всем перечисленным

22. К высокой заболеваемости населения туберкулезом следует отнести показатель при выявлении:
а) 100 заболевших на 100 000 населения
б) 30-50 заболевших на 100 000 населения
в) 20 заболевших на 100 000 населения

23. Основными методами выявления туберкулеза у детей являются:
а) массовая туберкулинодиагностика
б) флюорография
в) обследование на туберкулез групп риска
г) обследование на туберкулез групп лиц, обратившихся к фтизиатру

24. Лица с туберкулезными изменениями неясной этиологии наблюдаются:
а) по 0 группе учета
б) по Уа, Уб группе учета
в) по 1 группе учета

25. Место введения вакцины БЦЖ:
а) подлопаточная область
б) область живота
в) верхняя треть плеча

26. После правильно проведенной вакцинации и ревакцинации БЦЖ на коже остается:
а) пятно
б) рубец
в) звездчатый рубец
г) келлоидный рубец

27. Вакцинация БЦЖ проводится:
а) в роддоме
б) в детском саду
в) в поликлинике

28. Патогенез дифтерии:
а) внедрение BL в слизистые покровы, раневую поверхность;
б) колонизация, выделение экзотоксина;
в) бактериемия;
г) коагуляционный некроз эпителия, пропотевание фибриногена, образование фибринозной пленки;
д) пленка на однослойном эпителии гортани, бронхов, трахеи легко отделяется;
е) лимфогенное распространение токсина: реакция лимфоузлов, отек окружающих тканей;
ж) миокардио-нейро-нефротоксическое действие дифтерийного экзотоксина;
з) сенсибилизация тканей организма к дифтерийному токсину, формирование активного иммунитета.
и) все выше перечисленные кроме «В»
к) все выше перечисленные кроме «Е»

29. Признаки токсических форм дифтерии ротоглотки:
а) выраженная общая интоксикация;
б) отек шеи, особенно вокруг нижнечелюстных лимфоузлов, спускающийся книзу;
в) местные поражения прогрессируют и носят распространенный характер;

г) распространение отека до середины шеи (1 ст.), до ключицы (2 ст.), ниже ключицы (3 ст.);
д) кожа над отеком гиперемировано, болезненна;
е) часто развивается ИТШ, миокардит, полиневрит;
ж) все выше перечисленные кроме «Д»
з) все выше перечисленные кроме «Б»

30. Основная причина летального исхода при менингококковой инфекции:
а) острый отек и набухание мозга с вклиниванием миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие;
б) прогрессирующий ДВС-синдром, геморрагический некроз надпочечников.

31. Морфология сыпных элементов при менингококкцемии:
а) все ниже перечисленные кроме «З»;
б) в центре высыпаний нередко возникают некрозы;
в) размеры сыпи от мелкоточечной до крупнопятнистой;
г) сыпь в большем количестве локализуется на конечностях;
д) элементы сыпи появляются в первые часы болезни (5–15 часов);
е) наряду с экзантемой появляются мелкоточечные кровоизлияния в конъюнктиву и склеры;
ж) при неадекватном лечении сыпь увеличивается, появляются некрозы;
з) сыпь на коже исчезает при надавливании
и) все выше перечисленные кроме «Е».

32. Осложнения при дизентерии:
а) все ниже перечисленные кроме «Е»;
б) парапроктит, выпадение прямой кишки;
в) обострение хронического геморроя;
г) дисбактериоз;
д) присоединение вторичной инфекции (пневмония, восходящая урогенитальная инфекция);
е) острый гломерулонефрит;
ж) инфекционно-токсический и гиповолемический шок;
з) все выше перечисленные кроме «Д» .

33. Звенья патогенеза локализованных форм сальмонеллеза:
а) проникновение сальмонелл в ЖКТ, внедрение в энтероциты и размножение в них;
б) размножение сальмонелл происходит внеклеточно;
в) действие токсина на нервно-сосудистый аппарат кишечника, повышающее проницаемость клеточных мембран;
г) интоксикация (общая), водно-электролидные расстройства;
д) локализация поражения ЖКТ: желудок, тонкая кишка, реже толстая кишка;
е) дегидратация, нарушение центральной и периферической гемодинамики, ОПН
ж) все выше перечисленные кроме «Б» .

34. Какой из пунктов не входит в критерии обоснования диагноза «грипп» в первые дни болезни (1–2 дня):
а) аэпиданамнез (массовые заболевания людей, зимне-весенний сезон);
б) острое начало болезни, характер лихорадки;
в) заложенность носа, першение в горле, отсутствие или скудность экссудативного компонента;
г) выраженный синдром интоксикации в первые же часы болезни;
д) геморрагический синдром как показатель тяжести инфекционного процесса;
е) картина периферической крови: лейкопения, лимфомоноцитоз;
ж) результаты специального серологического и вирусологического исследования;

35. Показания к назначению антибиотиков больным гриппом:
а) тяжелым больным с сопутствующими заболеваниями;
б) при развитии бактериальной суперинфекции;
в) при ГКС-терапии для купирования воспалительного процесса бактериальной этиологии;
г) лицам пожилого возраста с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы и органов дыхания;
д) детям раннего возраста с тяжелой и среднетяжелой формами гриппа;
е) обязательно беременным 1-го триместра с легким течением гриппа
ж) все выше перечисленные кроме «Е»

з) все выше перечисленные кроме «Д» .

36. Что отличает локализованную форму иерсиниоза от сальмонеллеза?
а) выраженный аллергический компонент в виде артрита на фоне гастроэнтероколита
б) цвет языка чаще малиновый
в) нередко ангина
г) боли в животе чаще постоянного характера с преимущественной локализацией в илеоцекальной области
д) заболевание чаще развивается при употреблении в пищу салатов из капусты, моркови
е) чаще отмечается реакция печени
ж) все выше перечисленные.

37. МАТЕРИАЛ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЕ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА
а) кровь
б) испражнения
в) моча
г) желчь

38. СПИД-ИНДИКАТОРНАЯ БОЛЕЗНЬ
а) ПГЛ
б) пневмоцистная пневмония
в) кандидоз ротовой полости
г) Герпес Зостер
д) цитомегаловирусный гепатит

39. У прежде здорового подростка появилась лихорадка до 38^0С, во время которой на коже и слизистых оболочках появились геморрагические высыпания, экхимозы. Однократно была мелена, затем две недели имела место положительная реакция Грегерсена в кале. Тромбоциты крови 60х109/л. Все явления самостоятельно прошли бесследно. Заболеванию предшествовало лечение ангины сульфаниламидными препаратами. Подберите соответствующий диагноз из нижеприведённых:
а) острые эрозии желудка
б) варикозное расширение вен пищевода
в) Меккелев дивертикул
г) неспецифический язвенный колит
д) дивертикулез толстой кишки
е) геморрагический васкулит
ж) болезнь Верльгофа

40. У больного 14-ти лет, астеника, на фоне нейроциркуляторной дистонии появились тупые боли в правом подреберье, провоцирующиеся стрессовыми ситуациями, без повышения температуры тела. При обследовании: конкрементов в желчных путях не выявлено, на холецистограммах желчный пузырь уменьшен в размерах, при дуоденальном зондировании объем порции ТВУ — 15 мл, время — 3 минуты. Наиболее вероятно, что у больного:
а) хронический холецистит
б) дискинезия желчных путей по гипомоторному типу
в) дискинезия желчных путей по гипермоторному типу.

41. Какие средства обладают цитопротективным действием в отношении слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки?
а) облепиховое масло
б) викалин
в) гастроцепин
г) сукральфат
д) солкосерил.

42. Какие клинические проявления характерны для ювенильного ревматоидного артрита у ребенка 3 лет?
а) отсутствие изменений в анализе крови
б) скованность по утрам в симметричных средних суставах ног
в) нормальная температура
г) аллергическая сыпь
д) систолический шум в сердце.

43. Вызов врача на дом к ребёнку 10 лет. Болен вторые сутки. Температура тела 39,0^{0}С. Боли в животе и пояснице, головная боль. Кожа бледная, чистая. Не мочился в течении 19 часов. Предположительный диагноз:

а) острый пиелонефрит
б) острые гломерулонефрит
в) цистит
г) атонический мочевой пузырь
д) пузырно-мочеточниковый рефлюкс.

44. Причиной частого развития острых пневмоний у детей раннего возраста являются все перечисленные ниже особенности системы дыхания, кроме:

а) отсутствие секреторного Ig на слизистых оболочках
б) недостаточности развития эластической ткани в легких и бронхах
в) интенсивность и напряженность обменных процессов
г) снижение дренажной функции бронхов
д) хорошо развитая капиллярная есть.

45. К группе риска воспалительных послеродовых заболеваний относятся женщины:

а) с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом;
б) с хроническим воспалительным процессом гениталий;
в) с экстрагенитальными воспалительными заболеваниями (тонзиллит, пиелонефрит);
г) все верно;
д) все неверно.

46. Атипическая гиперплазия эндометрия может перейти в рак:

а) в репродуктивном возрасте;
б) в климактерическом возрасте;
в) в любом возрасте;
г) в период постменопаузы.

47. Укажите основные формы ранних гестозов:

а) Слюнотечение
б) Рвота
в) Дерматозы
г) Гепатозы
д) правильно а) и б)

48. Появление симптомов нарушения мозгового кровообращения характерно для:

а) Раннего гестоза
б) Нефропатии
в) Эклампсии
г) Преэклампсии
д) Водянки беременных

49. Какие особенности наиболее характерны для лабораторных данных при чрезмерной рвоте беременных?

а) Ацетон в моче.
б) Гипергликемия.
в) Увеличение СОЭ.
г) Протеинурия.
д) Цилиндрурия.
е) 6. Азотемия

50. Типичным возбудителем внебольничной пневмонии является:

а) Streptococcus pneumoniae;
б) Klebsiella pneumoniae;
в) Staphylococcus aureus;
г) Micoplasma pneumoniae;
д) Pseudomonas aeruginosa;

51. Какой из перечисленных методов исследования является наиболее важным для диагностики ИБС в сомнительных случаях?

а) ЭКГ

б) нагрузочный тест
в) фонокардиография
г) эхокардиография
д) тетраполярная реография

52. К атипичным возбудителям относятся все микроорганизмы, кроме:
а) Micoplasma pneumoniae;
б) Chlamydia pneumoniae;
в) Pseudomonas aeruginosa;
г) Legionella pneumophila.

53. Какое из положений в отношении вариантной стенокардии (Принцметала) верно?
а) депрессия ST на ЭКГ
б) приступы болей чаще при нагрузке
в) обычно развивается инфаркт миокарда
г) причиной болей является коронароспазм

54. При амбулаторном лечении пациента с пневмонией повторный 2 визит врача на дом осуществляется:
а) через 3-4 суток;
б) через 5 суток;
в) через 7-10 суток;
г) через 14-15 суток.

55. Наиболее характерные нарушения гемодинамики при митральном стенозе:
а) увеличение К ДО левого желудочка
б) увеличение давления в левом предсердии
в) увеличение сердечного выброса
г) снижение давления в левом желудочке

56. При амбулаторном лечении пациента с пневмонией повторный 3 визит врача на дом осуществляется:
а) через 3-4 суток;
б) через 5 суток;
в) через 7-10 суток;
г) через 14-15 суток.

57. Что является критерием положительной пробы с физической нагрузкой?
а) горизонтальная депрессия интервала ST более 1 мм
б) то же менее 0,5 мм
в) косонисходящая депрессия интервала ST менее 1 мм
г) увеличение зубца Q в V5-V6
д) синусовая тахикардия

58. Антибиотиком выбора для лечения внебольничной пневмонии в амбулаторных условиях у пациентов до 60 лет является:
а) Макролиды;
б) Фторхинолоны;
в) Доксициклин;
г) Аминогликозиды;
д) Цефуроксим.

59. Чем проявляется снижение синтетической функции печени?
е) гипоальбуминемией;
ж) гипопротромбинемией;
з) гипохолестеринемией;
и) гипофибриногенемией**;**
к) всем перечисленным выше
60. Какое из последующих положений верно для синдрома раздражённой кишки?
д) одна из причин развития – дефицит лактазы
е) зависимость начала заболевания от предшествовавших стрессовых ситуаций
ж) синдром является предраковым состоянием

з) начало заболевания в пожилом возрасте

Приложение 2

Приложение 3

Педиатрия

1. Особенности развития детей дошкольного и школьного возраста.
2. Группы здоровья. Характеристика. Распределение на группы здоровья врачом ОВП.
3. Рахит. Принципы диагностики, профилактики, лечения. Информация для родителей.
4. Спазмофилия. Гипервитаминоз Д. Клиническая диагностика. Информация для родителей.
5. Пневмония. Клинические варианты течения у детей. Возможности лечения на амбулаторном этапе. Показания для госпитализации.
6. Бронхит. Классификация. Подходы к лечению.
7. Дифференциальная диагностика заболеваний, ведущих к обструкции гортани (вирусный ларинготрахеит, отёк гортани).
8. Дифференциальная диагностика заболеваний, ведущих к обструкции гортани (инородное тело, ларингоспазм, дифтерия).
9. Бронхиальная астма у детей. Эпидемиология. Клинические проявления. Диагностические критерии. Современные подходы к лечению. Диспансеризация.
10. ВСД у детей. Причины развития. Подходы к лечению.
11. Симптоматические артериальные гипертензии. Этиология. Диагностическая тактика. Лечение.
12. Ранние клинические признаки врождённых пороков сердца. Возможности лечения. Прогноз. Информация для родителей.
13. Ювенильный ревматоидный артрит. Критерии диагноза. Показания для госпитализации. Информация для родителей.
14. Ревматизм. Критерии диагноза. Первичная и вторичная профилактика. Диспансеризация. Информация для родителей.
15. Системная склеродермия. Наиболее часто встречаемые формы у детей. Клиническая диагностика. Врачебная тактика. Информация для родителей.
16. Системная красная волчанка. Критерии диагноза. Врачебная тактика. Диспансеризация..
17. Анемии. Классификационные подходы. Наиболее распространённые анемии у детей. Диагностика. Врачебная тактика.
18. Гемофилия. Клиническая картина. Классификация. Критерии диагноза. Врачебная тактика. Диспансеризация. Информация для родителей.
19. Хронические лейкозы. Ранние клинические и гематологические признаки. Врачебная тактика.
20. Ахалазия кардии, эзофагит. Этиология. Диагностика. Подходы к лечению. Информация для родителей.
21. Хронические гастриты. Дифференциальная диагностика гастритов типа А, В и С. Лечение. Диспансеризация.
22. Язвенная болезнь и пептическая язва. Этиология. Лечение. Показания для госпитализации.
23. Аномалии развития желчевыводящей системы, дискинезии желчевыводящих путей. Клиническая картина. Диагностика. Подходы к лечению.
24. Острый и хронический холециститы. Желчекаменная болезнь. Этиология. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Диспансеризация.
25. Острый и хронический панкреатит. Этиология. Клинические варианты. Диагностика. Подходы к лечению. Показания для госпитализации.

Неврология

1. ОНМК. Преходящие нарушения мозгового кровообращения - транзиторно-ишемические атаки, гипертонические кризы – как осложнения сердечно сосудистой патологии. Клиника. Диагностика. Основные принципы лечения. Профилактика.
2. ОНМК. Ишемический инсульт. Заболевания, приводящие к развитию ишемического инсульта. Врачебная тактика современной диагностики и лечения ишемического инсульта.
3. ОНМК. Геморрагический инсульт. Заболевания, приводящие к развития геморрагического инсульта. Врачебная тактика современной диагностики и лечения геморрагического инсульта.
4. ОНМК. Кровоизлияния в мозг. Клинические формы. Симптоматика субарахноидального кровоизлияния. Диагностика. Тактика ведения больного с субарахноидальным кровоизлиянием.
5. Вертебро -базилярная недостаточность. Причины возникновения. Клиническая характеристика. Диагностика. Принципы лечения.
6. ХНМК. Дисциркулятроная энцефалопатия. Стадии. Особенности патогенеза. Врачебная тактика в диагностике и лечении дисциркуляторных энцефалопатий.
7. Энцефалопатии. Классификация энцефалопатий в зависимости от этиологического фактора. Дифференциальная диагностика.
8. Вертеброгенные заболевания периферической нервной системы. Рефлекторные синдромы,

возникающие на различных уровнях поражения. Диагностика. Врачебная тактика.

9. Вертеброгенные заболевания периферической нервной системы. Корешковые синдромы, возникающие на различных уровнях поражения. Диагностика. Врачебная тактика.
10. Периферические невропатии. Основные группы (мононевропатии, множественные мононевропатии, полиневропатии). Их Клиническая характеристика. Диагностика.
11. Полиневропатии при дифтерии, при ВИЧ инфекции. Клиническая характеристика. Диагностика. Принципы лечения.
12. Боль в спине. Дифференциальный подход к выявлению причин возникновения боли. Врачебная тактика лечения больных с болевым синдромом.
13. Менингит. Виды менингитов. Менингеальный симптомокомплекс.
14. Ликвородиагностика при бактериальных и вирусных менингитах. Врачебная тактика.
15. Сотрясение головного мозга. Клиника. Диагностика. Тактика ведения больного.
16. Головная боль (первичная и вторичная). Основные клинические формы головной боли. Дифференциальный подход к диагностике и лечению головной боли.
17. Головная боль напряжения. Клиника. Диагностика. Принципы терапии.
18. Пучковая головная боль. Клиника. Диагностика. Принципы терапии.
19. Мигрень. Этиопатогенез. Клинические формы мигрени. Осложнения мигрени: статус, мигренозный инсульт.
20. Принципы лечения мигрени: купирование приступа мигрени, профилактика приступов.
21. Синкопальные состояния (обмороки). Клиническая характеристика. Врачебная тактика.
22. Нарушения сознания при коме, сопоре, оглушенности. Клиническая картина. Оказание неотложной помощи.

Психиатрия, психиатрия-наркология

1. Организационные и правовые вопросы психиатрии. Классификация расстройств психической деятельности (по МКБ – 10).

2 . Общая психопатология: психопатологические синдромы (Астенический синдром. Аффективные синдромы (маниакальный и депрессивный). Неврозоподобные синдромы. Бредовые и галлюцинаторные синдромы. Кататонический синдром. Синдромы нарушения сознания. Судорожный синдром. Амнестические синдромы. Синдромы слабоумия.

3. Аффективный психоз и аффективные заболевания непсихотического уровня

4. Шизофрения (Клинические проявления шизофрении. Формы течения шизофрении и возрастные особенности. Терапия шизофрении).

5. Эпилепсия. Классификация пароксизмов. Клинические проявления. Лечение эпилепсии, помощь при эпистатусе.

6. Современное состояние учения о симптоматических, соматогенных психозах. Психические нарушения при соматических, инфекционных заболеваниях и интоксикациях, черепно-мозговых травмах, при опухолях головного мозга. Психические расстройства при инфекционно-органических поражениях головного мозга (сифилис, энцефалиты, ВИЧ; психические расстройства при СПИДе)

7. Неврозы. Психопатии. Психогении, психогенные реакции и психозы

8. Психические расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга (при церебральном атеросклерозе, гипертонической болезни, при ОНМК). Лечение психических нарушений при сосудистых заболеваниях головного мозга. Психические расстройства при первично-дегенеративных (атрофических) процессах головного мозга. Деменция альцгеймеровского типа. Болезнь Пика. Хорея Гентингтона.

9. Умственная отсталость ((олигофрения)). Классификация, клинические проявления и дифференциальная диагностика.

10.Алкоголизм. Алкогольный абстинентный синдром. Алкогольные психозы. Алкогольная энцефалопатия. Наркомания и токсикомания.

Скорая помощь (неотложная терапия)

1. Внезапная смерть. Причины первичной остановки кровообращения. Базовая сердечно-легочная реанимация. Критерии эффективности. Показания для прекращения СЛР. Признаки биологической смерти.
2. Неотложная помощь при фибрилляции желудочков, асистолии и электромеханической диссоциации.
3. Острая левожелудочковая недостаточность. Сердечная астма и отёк легких. Клиника. Помощь на догоспитальном этапе.
4. Кардиогенный шок. Виды. Диагностические критерии. Помощь на догоспитальном этапе.
5. Острая правожелудочковая недостаточность. Причины. Клиническая картина. Принципы оказания помощи на догоспитальном этапе.

Бивентрикулярная недостаточность.

6. Нарушения ритма и проводимости: требующие и не требующие неотложной терапии; с узкими и широкими комплексами QRS. Основные принципы ведения больных на догоспитальном этапе.
7. Наджелудочковые нарушения ритма, требующие неотложной терапии.
   ЭКГ-признаки. Помощь на догоспитальном этапе. Показания к госпитализации.
8. Нарушения проводимости и желудочковые нарушения ритма, требующие неотложной терапии. ЭКГ -признаки. Помощь на догоспитальном этапе. Показания к госпитализации.
9. Острый коронарный синдром. Понятие ОКС без подъёма сегмента ST. Помощь на догоспитальном этапе.
10. ОКС. Нестабильная стенокардия. Классификация по Braunwald. Тактика ведения больных на догоспитальном этапе.
11. ОКС с подъёмом сегмента ST. Помощь на догоспитальном этапе.
12. Инфаркт миокарда. Клинические варианты. ЭКГ-признаки.
13. Инфаркт миокарда. Помощь на догоспитальном этапе.
14. ТЭЛА. Причины. Классификация. Клиника. Помощь на догоспитальном этапе. Показания к госпитализации.
15. Общие принципы ведения больных в коматозных состояниях.
16. Приступ бронхиальной астмы, дифференциальная диагностика с сердечной астмой. Купирование приступа на догоспитальном этапе. Показания к госпитализации.
17. Острые отравления. Принципы диагностики и оказания помощи на догоспитальном этапе.

Хирургия Онкология Оториноларингология

1.Острый аппендицит. Классификация. Клиника. Диагностика. Особенности клинического течения. Тактика ведения на догоспитальном этапе.
2.Острые гастродуоденальные кровотечения. Клиника, диагностика. Степени кровопотери. Тактика ведения на догоспитальном этапе.
3.Острый и обострение хронического холецистита. Классификация. Клиника, диагностика. Тактика лечения на догоспитальном этапе.
4.Острый и обострение хронического панкреатита. Классификация. Клиника, диагностика. Тактика лечения на догоспитальном этапе.
5.Тромбоз мезентериальных сосудов. Клиника, диагностика. Тактика лечения на догоспитальном этапе.
6.Облитерирующий эндартериит. Клиника, диагностика. Стадии заболевания. Лечение в амбулаторных условиях.
7.Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей. Клиника, диагностика. Стадии заболевания. Лечение в амбулаторных условиях.
8.Варикозное расширение и варикозная болезнь вен нижних конечностей. Острый тромбофлебит поверхностных и глубоких вен нижних конечностей. Клиника, диагностика. Лечение в амбулаторных условиях и на догоспитальном этапе.
9.Фурункул. Карбункул. Клиника, диагностика. Лечение в амбулаторных условиях. Показания к стационарному лечению.
10.Абсцесс. Флегмона. Клиника, диагностика. Лечение на догоспитальном этапе.
11.Лимфаденит. Лимфангоит. Клиника, диагностика. Лечение на догоспитальном этапе.
12.Рожа. Клиника. диагностика. Лечение на догоспитальном этапе.
13.Диабетическая стопа. Клиника, диагностика. Амбулаторное лечение. Показания к госпитализации.
14.Острый мастит. Классификация. Клиника, диагностика. Лечение в амбулаторных условиях. Показания к стационарному лечению.
15.Сотрясение головного мозга. Клиника, диагностика. Оказание помощи на догоспитальном этапе.
16.Ожоги. Классификация. Клиника, диагностика. Определение степени глубины и площади ожоговой раны. Оказание помощи на догоспитальном этапе.
17.Отморожения. Классификация. Клиника, диагностика. Оказание помощи на догоспитальном этапе.
18.Травматический шок. Этиопатогенез. Классификация. Оказание помощи на догоспитальном этапе.
19.Перегревание организма. Клиника. Оказание помощи на догоспитальном этапе.
20.Поражение электрическим током, молнией. Клиника, диагностика. Оказание помощи на догоспитальном этапе.
21.Почечная колика. Клиника, диагностика. Оказание помощи на догоспитальном этапе.
22.Анафилактический шок. Этиология. Клиника, диагностика.

Оказание помощи на догоспитальном этапе.
23.Остеохондроз. Определение. Клиника. Лечение.
24.Деформирующий артроз тазобедренного сустава. Определение. Этиология. Классификация, клиника. Лечение.
25.Деформирующий артроз коленного сустава. Определение. Этиология. Классификация, клиника. Лечение.
26. Папиллома. Клиника, диагностика. Лечение.
27. Атерома. Клиника, диагностика. Лечение.
28. Фиброма. Клиника, диагностика. Лечение.
29. Липома. Клиника, диагностика. Лечение.
30. Келоид. Клиника, диагностика. Лечение. Профилактика.
31. Геманигиома. Клиника, диагностика. Лечение.
32. Рак молочной железы. Особенности диспансеризации и реабилитации.
33. Рак прямой кишки, рак простаты. Алгоритм диагностики. Дифференциальная диагностика на до госпитальном этапе.
34. Риногенные и отогенные заболевания, их осложнения. Диагностика на уровне амбулаторно-поликлинической помощи.
35. Ларингиты, стенозы гортани, клиника, лечение.
36. Онкологические заболевания рото-носоглотки. Диагностика, диспансеризация.
37. Синуситы – диагностика и лечение, носовые кровотечения – клиника, лечение.

Гастрология и гематология
Нефрология

1.Ахалазия кардии. Эзофагит. Этиология. Клиническая и инструментальная диагностика. Подходы к лечению.
2.Хронический гастрит. Классификация. Клиника, диагностика. Подходы к лечению.
3.Язвенная болезнь. Этиология. Классификация. Клиника, диагностика. Лечение.
Показания для госпитализации.
4.Хронический холецистит. Желчекаменная болезнь. Этиология. Клиника. Инструментальная диагностика. Подходы к лечению. Показания к госпитализации.
5.Хронический панкреатит. Этиология. Клинические варианты. Диагностика. Подходы к лечению.
Показания к госпитализации.
6. Хронический гепатит. Этиология. Клинические варианты. Диагностика. Подходы к лечению.
Показания к госпитализации.
7.Железодефицитная анемия. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
8.В 12-децитная анемия. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
9.Хронические лейкозы. Ранние клинические и гематологические признаки. Врачебная тактика.
10. Основные синдромы при заболеваниях почек: отечный; нефротический; гипертензионный.
11.Острая почечная недостаточность. Профилактика. Классификация. Клиника. Лабораторные и специальные исследования. Дифференциальная диагностика. Лечение. Динамическое наблюдение.
12.Хроническая почечная недостаточность. Классификация. Клинические проявления. Лабораторные исследования. Специальные исследования. Дифференциальная диагностика. Показания к консультации специалистов. Профилактика.
13.Лечение ХПН. Показания к госпитализации. Немедикаментозное лечение. Медикаментозное лечение. Почечная заместительная терапия. Динамическое наблюдение.
14.Острый гломерулонефрит. Классификация. Клинические проявления. Лабораторные исследования. Специальные исследования. Дифференциальная диагностика. Лечение.
15.Хронический гломерулонефрит. Эпидемиология. Классификация. Клинические проявления. Лабораторные исследования. Специальные исследования. Дифференциальная диагностика.
16.Лечение ХГ: иммуносупресивная терапия, лечение по клиническим формам, прочие виды лечения. Диспансерное наблюдение.
17.Пиелонефриты. Эпидемиология. Скрининг. Классификация. Клинические проявления. Лабораторные исследования. Специальные исследования. Дифференциальная диагностика. Показания к консультации специалистов. Лечение пиелонефрита. Показания к госпитализации. Медикаментозное лечение. Лечение острого неосложненного пиелонефрита, острого внутрибольничного пиелонефрита. Лечение пиелонефрита у беременных. Лечение бессимптомной бактериурии. Диспансерное наблюдение

Ревматические и системные заболевания соединительной ткани

1.Ревматизм. Классификация. Клиника, диагностика. Лечение. Профилактика.

2.Ревматоидный артрит. Классификация. Клиника, диагностика. Лечение.
3.Системная склеродермия. Клиника. Диагностика. Лечение.
4.Системная красная волчанка. Клиника. Диагностика. Лечение.
5. Общие принципы ранней диагностики системных заболеваний соединительной ткани.

Пульмонология

1. Бронхиальная астма. Купирование приступа в зависимости от степени тяжести.
2. Базисная терапия бронхиальной астмы в зависимости от степени тяжести.
3. Дифференциальная диагностика бронхиальной астмы и хронического обструктивного бронхита.
4. Дифференциальное лечение бронхиальной астмы в зависимости от этиологии.
5. Стадии астматического статуса. Диагностика.
6. Лечение астматического статуса в зависимости от стадии на догоспитальном и госпитальном этапе.
7. Пневмонии: врачебная тактика на амбулаторно- поликлиническом этапе в зависимости от формы и степени тяжести.
8. Пневмонии: этиотропная терапия в зависимости от формы и степени тяжести.
9. Патогенетческая и симптоматическая терапия пневмоний.
10. Особенности клиники и лечения пневмоний у лиц пожилого, старческого возраста, у детей 5 – 15 лет.
11. ХОБЛ. Общее понятие, критерии диагноза.
12. Осложнения хронического обструктивного бронхита.
13. Лечение хронического обструктивного бронхита в стадии обострения, нестойкой ремиссии, ремиссии.
14. Диагностический поиск при бронхообструктивном синдроме.
15. Диагностический поиск при длительном кашле.
16. Патогенетическая терапия хронического обструктивного бронхита в зависимости от стадии и особенностей клиники.

Кардиология

1. Критерии диагноза ХСН по Василенко – Стражеско и NYHA.
2. Дифференциальное лечение ХСН в зависимости от типа нарушения гемодинамики.
3. ОСН - классификация, лечение в зависимости от уровня АД.
4. Основные клинические и ЭКГ признаки нарушений ритма (МА- постоянная и пароксизмальная формы).
5. Основные клинические и ЭКГ признаки нарушений ритма (пароксизмальная тахикардия, мерцание и трепетание желудочков).
6. Основные клинические и ЭКГ признаки нарушений ритма (ЭС желудочковая и наджелудочковая).
7. Классификация антиаритмических препаратов. Препараты выбора при суправентрикулярных нарушениях ритма.
8. Классификация антиаритмических препаратов. Препараты выбора при идиовентрикулярных нарушениях ритма.
9. Нестабильная стенокардия, классификация ВОЗ, по Браунвальду, врачебная тактика при нестабильной стенокардии.
10. Стенокардия напряжения, диагностика, лечение в зависимости от ФК.
11. ОИМ, клинические варианты дебюта, лечение неосложненного инфаркта на догоспитальном этапе.
12. ОКС - определение, классификация, исходы, лечение.
13. АГ и ГБ. Верификация АГ, диагностический поиск.
14. АГ и ГБ. Понятие о целевом артериальном давлении.
15. Принципы применения антигепертензивных средств, в том числе - в геронтологии.
16. Гипертонический криз, осложненный и неосложненный. Определение, диагностика, врачебная тактика.

Акушерство и гинекология

1. Факторы риска неблагоприятного исхода беременности.
2. Динамическое наблюдение за беременными с гестозом.
3. Динамическое наблюдение больных с воспалительным процессом придатков матки.
4. Принципы амбулаторной диагностики и лечения ХУГИ.
5. Современное планирование семьи.
6. Физиологические роды: биомеханизм, тактика ведения.
7. Осложнения клинического течения родов в I периоде.
8. Осложнения клинического течения родов в II периоде.
9. Кровотечения при беременности, тактика.
10. Кровотечения в родах. Тактика.
11. . Кровотечения в раннем послеродовом периоде, тактика.

12. Ранние гестозы. Неотложная помощь при неукротимой рвоте беременных.
13. Лечебно-тактические мероприятия при гестозе тяжелой степени.
14. Эклампсия – неотложная помощь, осложнения.
15. Неотложная помощь при выкидышах.
16. Лечебно-тактические мероприятия при нарушенной внематочной беременности.
17. Предлежание плаценты – осложнения, тактика.
18. Преждевременная отслойка плаценты – осложнения, тактика.
19. Амбулаторное лечение гинекологических заболеваний, «Д» - учет.
20. Доброкачественные и злокачественне опухоли яичников. Диагностика, классификация. Методы лечения.

Клиническая иммунология и аллергология

1. Классификация ИДС. Клинические синдромы.
2. Анафилаксия и анафилактоидная реакция. Основные различия в иммунологических механизмах. Дифференциально-диагностические признаки аллергии и псевдоаллергии.
3. Аллергические болезни кожи. Основной иммунологический механизм заболеваний. Атопический марш. Основные принципы лечения атопического дерматита.
4. Основные иммунные механизмы развития иммунологической крапивницы. Анафилактоидная крапивница. Основные лабораторные показатели иммунологической крапивницы. Этапы лечения.
5. Аллергические заболевания слизистой носа и глаз. Дифференциально-диагностические критерии аллергических ринитов.
6. Лекарственная аллергия, иммунологические механизмы развития, гаптены. Синдром Стивена-Джонсона, синдром Лайелла.

Инфекционные болезни и туберкулез

1. Классификация туберкулеза.
2. Клинические формы туберкулеза органов дыхания – понятие, определение.
3. Дифференциальная диагностика инфильтративного туберкулеза и пневмонии.
4. Дифференциальная диагностика при подозрении на туберкулезный менингит.
5. Диагностика и лечение туберкулеза в соответствии с программой ДОЦ.
6. Активные и пассивные методы выявления туберкулеза.
7. Грипп. Диагностические критерии, степени тяжести, врачебная тактика.
8. Респираторные инфекции. Классификация в зависимости от возбудителя. Диагностические критерии, врачебная тактика.
9. Острые кишечные заболевания. Диагностические критерии, степени тяжести, врачебная тактика.
10. Брюшной тиф. Клинические формы. Диагностика и дифференциальная диагностика
11. Менингококковая инфекция – диагностическая и лечебная тактика на догоспитальном этапе.
12. Особо опасные инфекции – понятие, определение нозологических единиц, врачебная тактика при выявлении.
13. ВИЧ-инфекция и СПИД – определение, понятие, классификация.
14. ВИЧ-инфекция и СПИД – диагностика, критерии тяжести состояния, прогноз. ВИЧ-ассоциированные заболевания.
15. Эпидемический паротит. Диагностические критерии, степени тяжести, врачебная тактика.

Эндокринология

1. Акромегалия, гигантизм: диагностика, лечение.
2. Болезнь и синдром Ищенко - Кушинга: диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
3. Синдром Симмондса, синдром Шихана: диагностика, лечение.
4. Синдром тиреотоксикоза. Классификация. Клинические проявления. Особенности течения тиреотоксикоза у пожилых. Тиреотоксический криз. Лабораторные исследования. Инструментальные методы исследования. Лечение. Диспансерное наблюдение.
5. Синдром гипотиреоза: эпидемиология, скрининг. Классификация. Лабораторные исследования. Показания к госпитализации. Лечение. Диспансерное наблюдение.
6. Диффузный токсический зоб. Клиника. Лабораторные исследования. Инструментальные исследования. Лечение. Диспансерное наблюдение. Аутоиммунный тиреодит: диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
7. Подострый тиреодит: диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
8. Узловые образования в щитовидной железе: диагностика, дифференциальная диагностика, современная тактика наблюдения и лечения.
9. Сахарный диабет: Классификация. Диагностика СД. Дифференциальная диагностика. Критерии компенсации углеводного обмена при СД.
10. Сахарный диабет I типа. Современные подходы к сахароснижающей терапии. Скрининг СД 1 без

осложнений. Показания к госпитализации.

11. Сахарный диабет II типа. Современные подходы к сахароснижающей терапии. Показания для инсулинотерапии. Скрининг больных СД 2 без осложнений. Показания к госпитализации.
12. Классификация препаратов инсулина. Методы подбора препаратов инсулина.
13. Классификация оральных сахароснижающих препаратов. Методология выбора препаратов.
14. Гипогликемическая кома: диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
15. Диабетическая кома: диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
16. Гиперосмолярная кома: диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
17. Классификация хронических осложнений сахарного диабета.
18. Подходы к диспансеризации и терапии диабетической нефропатии (в зависимости от стадии).
19. Подходы к диспансеризации и терапии диабетической ретинопатии.
20. Синдром диабетической стопы: классификация и современные подходы к профилактике и лечению.
21. Особенности инфаркта миокарда у больных сахарным диабетом и подходы к сахароснижающей терапии.
22. Особенности антигипертензивной терапии у больных сахарным диабетом.
23. Феохромоцитома: диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
24. Синдром гипогонадизма у мальчиков: диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
25. Синдром гипоганадизма у девочек: диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
26. Понятие о МЭН-синдроме. Классификация, дифференциальная диагностика.

ПАТОЛОГИЯ

1. Основные понятия нозологии. Болезнь как нарушение гомеостаза.
2. Номенклатура и классификация болезней.
3. Общая этиология. Общий патогенез. Причинно-следственные взаимоотношения в патогенезе.
4. Венозная гиперемия. Причины, механизмы, последствия.
5. ДВС - синдром. Стадии. Патогенез.
6. Экссудация. Механизмы развития. Значение.
7. Фагоцитоз при воспалении. Причины эмиграции лейкоцитов в очаг воспаления. Механизмы фагоцитарной деятельности лейкоцитов.
8. Понятие об иммунном гомеостазе, механизмы гуморального и клеточного иммунитета.
9. Опухоли. Определение сущности опухолевого роста. Этиология опухолей. Современные теории опухолевого роста. Современная классификация опухолей. Принципы ее построения. Вторичные изменения в опухолях.
10. Доброкачественные, злокачественные и опухоли с местным деструирующим ростом. Критерии злокачественности. Понятие о рецидиве.

ПЕДАГОГИКА

1. Определите место педагогики в системе современного человекознания.
2. Назовите способы структурирования содержания образования и проиллюстрируйте их на примере.
3. Дайте характеристику законодательным актам в сфере образования.
4. Какие документы составляют нормативную основу образования?
5. Что означает понятие «обучение»? Как ваше собственное понимание этого понятия соотносится с его научной трактовкой?
6. В чем обнаруживается сходство и различие процессов обучения и лечения как древнейших видов гуманитарной практики?
7. Какие типы и виды обучения оптимальны на доклиническом и клиническом этапах медицинского образования?
8. В чем суть поэтапного формирования знаний и умений? Пояснить на примерах.
9. Какие требования к выбору форм организации познавательной деятельности обучаемых на учебном занятии существуют в дидактике?
10. Что лежит в основе классификации форм организации познавательной деятельности? Как связаны между собой формы организации познавательной деятельности и цели обучения?
11. От чего зависит выбор форм организации познавательной деятельности к конкретному занятию?
12. Какие формы обучения наиболее рационально использовать на разных этапах обучения в медицинском вузе и при обучении разных категорий обучаемых (медицинский персонал, пациенты, их родственники)?

Инфекционные болезни, в том числе туберкулез

1. Этиология, эпидемиология и патогенез туберкулеза. Клиническая классификация туберкулеза. Основные эпидемиологические показатели туберкулеза.
2. Основные методы выявления и диагностики туберкулеза.
3. Понятие об основных клинических симптомах и синдромах легочного внелегочного туберкулеза.
4. Остропрогрессирующие формы туберкулеза. Основы дифференциальной диагностики туберкулеза.
5. Специфическая, санитарная, социальная профилактика туберкулеза.

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. Медицинское право, как отрасль права.
2. Источники медицинского права.
3. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья.
4. Права и обязанности медицинских работников.

5. Понятие и виды медико-социальной помощи.
6. Особенности медицинской услуги
7. Особенности регулирования труда медицинских работников
8. Правонарушение и юридическая ответственность
9. Гражданско-правовая ответственность субъектов предоставления и оказания медико-социальной помощи.
10. Дисциплинарная ответственность медицинских работников.
11. Административная ответственность должностных лиц.
12. Уголовная ответственность медицинских работников.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

1. Дайте определение науки «Общественное здоровье и здравоохранение». Задачи общественного здоровья и здравоохранения. Объект изучения общественного здоровья и здравоохранения.
2. Какие методы используют при изучении общественного здоровья и здравоохранения?
3. Назовите главные критерии оценки эффективности системы здравоохранения.
4. Назовите базовые функции системы здравоохранения.
5. Дайте определения фактора риска. Перечислите факторы риска и кратко охарактеризуйте.
6. Дайте определение медицинской демографии и перечислите ее основные разделы.

7. Перечислите известные Вам исторически сложившиеся на этапах развития названия предмета Общественное здоровье и здравоохранение. С чем связано существование большого числа названий предмета?

8. Воспроизводство населения (естественное движение населения).
Общие и специальные показатели, методика расчета, анализ и оценка
9.Миграция населения: внешняя, внутренняя (урбанизация,
сезонная). Факторы, ее определяющие. Влияние миграции на здоровье населения
10. Естественный прирост населения, факторы на него влияющие.
Противоестественная убыль населения.
11. Дайте определения “заболеваемость”, распространенность болезней”,
патологическая пораженность”
12.От чего зависит полнота учета заболеваемости?

Министерство здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики
Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Медицинский факультет
Центр медицинского послевузовского образования

УТВЕРЖДАЮ
Министр здравоохранения ПМР
_____К.В.Албул
«_4_»_____01_____2024г.

СОГЛАСОВАНО
Ученым советом факультета
протокол №_5_
от «_29_»_____12_____2023г.
Председатель
Ученого совета факультета
_____Г.Н.Самко

ПРОГРАММА
ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ
образовательной программы послевузовского профессионального образования- программы ординатуры

Специальность **31.08.19 ПЕДИАТРИЯ**

Квалификация выпускника: врач – педиатр
Трудоемкость: 108 часов-3з.е.
Сроки проведения: 24.06.24 - 6.07.24

Тирасполь, 2023

Программа итоговой государственной аттестации образовательной программы послевузовского профессионального образования- программы ординатуры по специальности 31.08.19 Педиатрия разработана в соответствии с Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования-ординатуры по специальности 31.08.19 Педиатрия (утвержденным Приказом Министерства Просвещения Приднестровской Молдавской Республики № 666 от 28.07.2021г. «Об утверждении и введении в действие Государственного образовательного стандарта послевузовского профессионального образования - ординатуры)

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании кафедры Терапии с циклом фтизиатрии протокол № 4 от «28» ноября 2023 г.
Заведующий кафедрой Терапии с циклом фтизиатрии _____ Лосева Н.Г.

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УМК факультета

«12» 12 2023 г. (протокол № 4)

Председатель УМК _____ (А.В. Васильчук)

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УС факультета

«29» 12 2023 г. (протокол № 5)

Председатель УС _____ (Г.Н. Самко)

Программу составили:

Ассистент _____ Бавыкина С.Ю.

Ассистент _____ Переман Т.П.

Содержание

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.
2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры
3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации.
4. Форма и структура итоговой государственной аттестации.
4.1 Форма итоговой государственной аттестации.
4.2 Трудоёмкость итоговой государственной аттестации.
4.3 Структура итоговой государственной аттестации.
5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.
6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации.
6.1 Критерии оценки результатов тестирования
6.2 Критерии оценки практических навыков и умений.
6.3 Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.
7. Содержание государственного экзамена.
7.1 Тестирование
7.2 Практические навыки.
7.3. Устное собеседование
8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

Приложения

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.

Цель - определение соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры требованиям Государственному образовательному стандарту послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.19 «Педиатрия».

Задачи:

— установление уровня подготовки выпускника к выполнению профессиональных задач (оценка степени сформированности всех компетенций, предусмотренных Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.19 «Педиатрия», характеризующих готовность выпускников к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации - врач - педиатр).

— принятие решения о выдаче обучающемуся, успешно прошедшему итоговую государственную аттестацию по программе ординатуры, диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации.

2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры

Итоговая государственная аттестация относится к базовой части программы - Блок 3. итоговая государственная аттестация и завершает процесс освоения имеющих государственную аккредитацию образовательных программ ординатуры.

Итоговая государственная аттестация образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.19 «Педиатрия» завершается присвоением квалификации " врач - педиатр".

3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путём обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- физические лица женского пола (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку готовности выпускников, освоивших программу ординатуры, к следующим видам профессиональной деятельности:

— профилактическая;
— диагностическая;
— лечебная;
— реабилитационная;
— психолого-педагогическая;
— организационно-управленческая.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

а) готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу - УК1;

б) готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные,

этнические, конфессиональные и культурные различия - УК2;

в) готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование - УК3.

Профессиональные компетенции (ПК):

а) профилактическая деятельность:

1) готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания - ПК1;

2) готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными - ПК2;

3) готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях - ПК3;

4) готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медикостатистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков - ПК4;

б) диагностическая деятельность - готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - ПК5;

в) лечебная деятельность:

1) готовностью к ведению, и лечению пациентов, нуждающихся в оказании педиатрическоймедицинской помощи - ПК6;

2) готовностью к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации - ПК7;

г) реабилитационная деятельность - готовностью к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении - ПК8;

д) психолого-педагогическая деятельность - готовностью к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих - ПК9;

е) организационно-управленческая деятельность:

1) готовностью к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях - ПК10;

1) готовностью к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей - ПК11.

4.Форма и структура итоговой государственной аттестации

4.1.Форма итоговой государственной аттестации

Итоговая государственная аттестация обучающихся по образовательной программе ординатуры 31.08.19 «Педиатрия» проводится в форме государственного экзамена.

4.2.Трудоёмкость итоговой государственной аттестации

Объем итоговой государственной аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) - сдачу государственного экзамена.

4.3.Структура итоговой государственной аттестации

В Блок 3 " Итоговая Государственная аттестация" входят подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена. Перед государственным экзаменом по специальности для ординаторов проводятся предэкзаменационные консультации по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в три этапа:

1 этап - тестирование, проводится для получения сертификата специалиста, имеет целью определить готовность специалиста к самостоятельной профессиональной (медицинской) деятельности (согласно Приказу Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 31.05.2022г №477 «Об утверждении Порядка приема граждан на обучение по образовательным программам послевузовского профессионального образования – программам ординатуры, а также Порядка реализации образовательных программ послевузовского профессионального образования – программ ординатуры» (регистрационный № 11145 от 15 июля 2022 года) (САЗ 22-27)). Во время тестирования обучающийся выбирает правильный(е) ответ(ы) из предложенных нескольких вариантов ответов. Каждый обучающийся отвечает на 100 тестовых вопросов, на решение которых отводится 120 минут(2 астрономических часа).

2 этап - оценка практических навыков и умений - состоит из демонстрации практических навыков и умений, приобретенных в результате освоения программы ординатуры.

3 этап – устный экзамен по дисциплине Педиатрия с целью определения сформированности профессиональных компетенций выпускника, профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения. Каждый билет состоит из пяти теоретических вопросов, в процессе проведения государственного экзамена обучающемуся могут быть заданы уточняющие или дополнительные вопросы в рамках билета. На подготовку к ИГА ординатору выделяется 2 недели. После выбора билета ординатор готовится к ответу 30 минут, отвечает согласно регламенту 20 минут. По решению комиссии обучающийся может быть освобожден от необходимости полного ответа на вопрос билета, уточняющий или дополнительный вопрос.

Этапы государственного экзамена	Компетенции, которые оцениваются в ходе этапа
1 этап - в форме тестирование	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7 ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11.
2 этап - оценка практических навыков и умений	
3 этап – устный экзамен по дисциплине	

5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.

Проведение ИГА определяется календарным учебным графиком, выполнением индивидуального плана ординатора и расписанием ИГА.

Перед итоговой государственной аттестацией обучающиеся должны ознакомиться с программой ИГА. Подготовка к государственному экзамену может проводиться в формах, как устного повторения пройденных дисциплин (с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д.), так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.

6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации. Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

6.1. **Критерии оценки результатов тестирования**

Подведение **итогов 1 этапа в форме тестирования. Результат решения тестов оценивается по ятибалльной системе:**

- 49% и менее правильных ответов - «неудовлетворительно»;
- 50% - 70% - «удовлетворительно»;
- 71% - 84% - «хорошо»;
- 85% - 100% - «отлично».

6.2. Критерии оценки практических навыков и умений

Результаты 2 этапа определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол ИГА. Обучающиеся, получившие оценку «неудовлетворительно» к 3 этапу государственного экзамена не допускается, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений;

- «хорошо» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет;

- «удовлетворительно» - обучающийся обладает удовлетворительными теоретическими знаниями - знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний - не знает методики выполнения, практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и т.д.; и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

6.3. Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.

Результаты 3 этапа государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой

классификации, правильно отвечает на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «хорошо» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «удовлетворительно» - обучающийся показывает частичное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз с учетом принятой классификации. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций, демонстрируя поверхностное знание предмета;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не показывает освоение планируемых результатов обучения по пройденным темам, не может сформулировать диагноз или неправильно его ставит. Не может правильно ответить на большинство дополнительных вопросов, характеризующих уровень освоения необходимых компетенций.

7. Содержание государственного экзамена

7.1. Тестировние: Приложение 1
7.2. Практические навыки: Прилодение 2
7.3. Устное собеседование Приложение 3

8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

Основная литература:

1. Детские болезни: учебник / под ред. Н. Н. Володина, Ю. Г. Мухиной. - Т. 1 : Неонатология / под ред. Володина Н. Н., Мухиной Ю. Г., Чубаровой А. И. – М.: Династия, 2011.
2. Шабалов, Н. П. Детские болезни [Текст] : [учеб. для вузов] : в 2 т. / Н. П. Шабалов. 7-е изд., перераб., и доп. – Т. 1. - Санкт-Петербург: Питер, 2012.
3. Запруднов, А. М. Детские болезни [Электронный ресурс] : [учеб. для высш. проф. образования] : в 2 т. Т. 1 / А. М. Запруднов, К. И. Григорьев, Л. А. Харитонова. – 2- е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 768 с. : ил. - URL : http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
4. Запруднов, А. М. Детские болезни [Электронный ресурс] : [учеб. для высш. проф. образования] : в 2 т. Т. 2 / А. М. Запруднов, К. И. Григорьев, Л. А. Харитонова. – 2- е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 752 с. : ил. - URL : http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.

Дополнительная литература:

1. Капитан, Т. В. Пропедевтика детских болезней с уходом за детьми [Текст] : учеб. для вузов. – 5-е изд., доп. – Москва : МЕДпресс-информ, 2009. – 655 с. : [6] л. ил.
2. Воронцов, И. М. Пропедевтика детских болезней [Текст] : учеб. для мед. вузов / И. М. Воронцова, А. М. Мазурин ; [под общ. ред. О. А. Маталыгиной]. - 3-е изд., доп. и перераб. - Санкт-Петербург : Фолиант, 2010.
3. Неонатология [Текст] : [учеб. пособие для вузов] : в 2 т. / Н. П. Шабалов. Т. 1. - Москва : МЕДпресс-информ, 2009.

4. Шабалов, Н. П. Неонатология [Текст] : [учеб. пособие для вузов] : в 2 т. / Н. П. Шабалов. - 5-е изд., испр. и доп. - Т. 2. - Москва : МЕДпресс-информ, 2009.
5. Педиатрия [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов / [В. Г. Арсентьев, С. В. Девяткина, Н. В. Гончар и др.] ; под ред. Н. П. Шабалова. – 5-е изд., испр. и доп. – Санкт-Петербург : СпецЛит, 2010. – 935 с. – (Учебник для медицинских вузов). - URL : http://e.lanbook.com.
6. Педиатрия : нац. руководство : в 2 т. Т. 1 / [Р. И. Аванесян, Т. Г. Авдеева, Е. И. Алексеева и др.]. ; подгот. под эгидой Союза педиатров России и Ассоц. мед. о-в по качеству. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 1017 с. : [26] л. ил., ил. + CD. - На обл. : Национальный проект "Здоровье". Союз педиатров России.
7. Педиатрия : нац. руководство : в 2 т. Т. 2 / [О. Е. Агранович, Н. А. Аклаева, В. А. Аксенова и др.]. / подгот. под эгидой Союза педиатров России и Ассоц. мед. о-в по качеству. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 1023 с. : [23] л. ил., ил. + CD. - На обл. : Национальный проект "Здоровье". Союз педиатров России.
8. Педиатрия [Электронный ресурс] : нац. рук. : в 2 т. Т. 1 / под ред. А. А. Баранова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1017 с. : ил. - URL : http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
9. Григорьев, К. И. Педиатрия : справ. практ. врача / К.И. Григорьев. - М. : МЕДпресс- информ, 2008.
10. Учебник-практикум по детским болезням [Текст] : для проведения практ. занятий на лечеб. фак. / [Р. Г. Артамонов, С. С. Паунова, В. В. Смирнов и др.] ; под ред. Р. Г. Артамонова. – Москва : Видар-М, 2013. – 310 с. : [36] л. ил.
11. Детские болезни [Электронный ресурс] : [учеб. для мед вузов] / [Л. Н. Баженова, Г. Н. Баяндина, Н. А. Белоусова и др.] ; под ред. А. А. Баранова. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 1006 с. ил. - URL : http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
12. Неонатология [Текст] : нац. руководство / гл. ред. Н. Н. Володин ; науч. ред. : Е. Н. Байбарина и др. ; Рос. ассоц. специалистов по перинат. медицине. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 849 с. : [9] л. ил., ил. + CD. - (Национальные руководства).
13. Болезни детей грудного возраста : [учеб.-метод. пособие для лечеб. фак.] / [сост. : Р. Г. Артамонов, П. Д. Ваганов. В. В. Смирнов и др.] ; под ред. С. С. Пауновой ; Рос. гос. мед. ун-т, Каф. дет. болезней лечеб. фак. - М. : РГМУ, 2011. - 318 с.
14. Болезни детей старшего возраста : [учеб.-метод. пособие для лечеб. фак.] / [сост. : Р. Г. Артамонов, О. Ф. Выхристюк, П. Д. Ваганов и др.] ; под ред. С. С. Пауновой ; Рос. гос. мед. ун-т, Каф. дет. болезней лечеб. фак. - М. : РГМУ, 2011.
15. Практическое руководство по детским болезням / под общ. ред. В. Ф. Коколиной, А. Г. Румянцева. – Т. 3 : Кардиология и ревматология детского возраста: (избр. главы) / [И. В. Абдулатипова, Е. И. Алексеева, Ю. М. Белозеров и др.]. - М : Медпрактика-М, 2009.
16. Практическое руководство по детским болезням [Текст] / под общ. ред. В. Ф. Коколиной, А. Г. Румянцева. - Т. 9 : Заболевания органов дыхания у детей / под ред. Б. М. Блохина / В. Ф. Баликин и др. - М : Медпрактика-М, 2007.
17. Практическое руководство по детским болезням [Текст] : [учеб. пособие для системы постдиплом. образования] / Под общ. ред. В. Ф. Коколиной, А. Г.

Румянцева. - Т. 10 : Восстановительное лечение в педиатрии / под ред. Б. А. Поляева, О. А. Лайшевой. - М : Медпрактика-М, 2008.
18. Практическое руководство по детским болезням [Текст] / под общ. ред. В. Ф. Коколиной, А. Г. Румянцева. - Т. 11: Детская вегетология / под ред. Р. Р. Шиляева, Е. В. Неудахина / [Антонова Л. К. и др.]. - М : Медпрактика-М, 2008.
19. Практическое руководство по детским болезням [Текст] / под общ. ред. В. Ф. Коколиной, А. Г. Румянцева. - Т. 12 : Детская дерматовенерология / под ред. Н. Г. Короткого, Н. М. Шаровой. - М : Медпрактика-М, 2009.
20. Практическое руководство по детским болезням [Текст] / под общ. ред. В. Ф. Коколиной, А. Г. Румянцева. - Т. 13 : Основы детской хирургии : пособие для практикующих врачей / под ред. А. В. Гераськина. – М : Медпрактика-М, 2009.
21. Практическое руководство по детским болезням [Текст] / под общ. ред. В. Ф. Коколиной, А. Г. Румянцева. - Т. 14 : Современные рекомендации по питанию детей / под ред. Ю. Г. Мухиной, И. Я. Коня / [Ю. Г. Мухина, И. Я. Конь, С. В. Бельмер и др.]. – М : Медпрактика-М, 2010.
22. Лекции по педиатрии [Текст] : [учеб. пособие для мед. вузов] / Рос. гос. мед. ун-т ; под ред. В. Ф. Демина [и др.]. - Т. 9 : Иммунология. - Москва : РГМУ, 2010.
23. Синдром объемного образования брюшной полости и забрюшинного пространства у новорожденных [Текст] : методические рекомендации / Министерство здравоохранения РФ, Российский государственный медицинский университет ; разраб. : Т. Н. Кобзева, Н. В. Голоденко. - Москва : РГМУ, 2008. - 30 с.
24. Диагностика и интенсивная терапия в хирургии новорожденных : методические рекомендации / Российский государственный медицинский университет ; [Т. В. Красовская, Т. Н. Кобзева, Н. В. Белобородова, Ю. В. Жиркова]. - Москва : РГМУ, 2010. - 50 с.
25. Миалл, Л. Наглядная педиатрия [Текст] : учебное пособие для вузов / пер. с англ. под ред. Г. Н. Буслаевой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 174 с. : ил. - Пер. изд. : Paediatrics at a Glance / L. Miall, M. Rudolf, M. Levene. 2nd. ed. Blackwell Publ.
26. Захарова, Л. И. Амбулаторная неонатология [Электронный ресурс] : формирование здоровья ребенка первого года жизни : практ. рук. для врачей-педиатров первич. звена здравоохранения, врачей общ. практики, семейн. врачей / Л. И. Захарова, Д. В. Печкуров, Н. С. Кольцова. – Москва : Медпрактика-М, 2014. – 296 с. - URL : http://books-up.ru.
27. Кардиология детского возраста [Электронный ресурс] / [Ю. М. Белозеров и др.] ; под ред. А. Д. Царегородцева [и др.]. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - URL : http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
28. Клайнман Ч. Гемодинамика и кардиология [Электронный ресурс] / Чарльз С. Клайнман, И. Сери ; пер. с англ. - М.: Логосфера, 2015. – 512 с. (Проблемы и противоречия в неонатологии). - URL : http://books-up.ru.
29. Олс, Р. Гематология, иммунология и инфекционные болезни [Электронный ресурс]

: практ. рук. : пер. с англ. / Р. Олс, М. Едер ; ред.-консультант Р. А. Полин. – Москва : Логосфера, 2013. – XX, 388 с. : ил.– (Проблемы и противоречия в неонатологии). - URL : http://books-up.ru.

Приложение 1

Модуль 1. Соматическая патология в педиатрии
Раздел 1. Болезни органов дыхания
Тема: Бронхиты у детей.
Вариант 1
1. В этиологии острого простого бронхита у детей грудного и раннего возраста наиболее значима роль:
Бактерий
Вирусов
Микоплазм
Хламидий

2. Выделите микробы, наиболее часто вызывающие бактериальные бронхиты:
Синегнойная палочка
Пневмококк
Протей
Moraxella catarrhalis
3. Какой симптом не характерен для острого простого бронхита:
Повышение температуры
Влажный кашель
Одышка
Разнокалиберные влажные хрипы в базальных отделах легких
4. Какие препараты противопоказаны при обструктивном бронхите?
- Бета 2-агонисты короткого действия
+ Противокашлевые средства
- М-холинолитики
- Теофиллины
5.. В каких случаях больному острым простым бронхитом, безусловно, показана антибактериальная терапия?
При наличии сухого навязчивого кашля
При наличии влажных среднепузырчатых хрипов в легких
При наличии симптомов бактериальной интоксикации
При сопутствующем гнойном аденоидите
6. Препараты, каких групп наиболее предпочтительно использовать при
обструктивном бронхите?
М-холинолитиков
- Бета 2-агонистов короткого действия
Комбинаций М-холинолитиков и бета 2-агонистов короткого действия
Теофиллинов
7. Выделите микробы, наиболее часто вызывающие бактериальные бронхиты:
- Синегнойная палочка
+ Пневмококк
- Протей
+ Moraxella catarrhalis
#
8. Какой симптом не характерен для острого простого бронхита:
- Повышение температуры
- Влажный кашель
+ Одышка
- Разнокалиберные влажные хрипы в базальных отделах легких

9. Какое звено патогенеза не типично для развития острого обструктивного бронхита?
- Отек слизистой бронхов
+ Бронхоспазм
- Гиперпродукция вязкой слизи
- Окклюзия мельчайших бронхов и бронхиол

10. Перечислите особенности геморрагий при гемофилии:
– Симметричное расположение

+ Гематомный характер
- Этапность появления
+ Остановка кровотечения на фоне заместительной терапии
#
11. Железодефицитная
анемия
-
это
патологическое
состояние,
характеризующееся:
+ Снижением гемоглобина
- Повышением уровня билирубина
- Повышением содержания сывороточного железа
+ Снижением количества эритроцитов
12. Основными патогенетическими механизма геморрагического васкулита
являются:
- Прямое токсическое действие стрептококка
- Гиперреагинемия
+ Образование циркулирующих иммунных комплексов
+ Повреждение эндотелия сосудов фиксированными иммунными комплексами.

13.Для какого заболевания характерны гемартрозы:
– Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура
- Геморрагический васкулит
- Лейкоз
+ Гемофилия
#
14. Для лечения железодефицитной анемии у детей раннего возраста предпочтение
отдают следующим препаратам:
- Тотема (раствор для приема внутрь)
+ Феррум Лек сироп
- Феррум Лек раствор для парентерального введения
+ Гемофер капли
#
15. Среднесуточные терапевтические дозы препаратов железа для детей в возрасте
до 3 лет при энтеральном применении составляют:
+ 3 - 5 мг/кг/сут
- 40 - 120 мг/сут
- 120 - 200 мг/сут
- 200 - 250 мг/с

.

.
16.К препаратам, уменьшающим
агрегацию тромбоцитов, не относятся:
- Трентал
- Дипиридамол
- Преднизолон
+ Стугерон
#

17. Альтернативная терапия при
геморрагическом васкулите включает:
- НПВС
- Мембраностабилизаторы
- Цитостатики
+ Все перечисленные
#

18.Укажите тип наследования при
гемофилии А:
+ Рецессивный, сцепленный с Х-хромосомой
- Аутосомно-доминантный
- Аутосомно-рецессивный
- Рецессивный, сцепленный с У-хромосомой
#
19. Развитие суставного синдрома при геморрагическом васкулите обусловлено:
+ Серозно-геморрагическим пропитыванием периартикулярной ткани
- Асептическим некрозом костной ткани
- Кровотечением в полость сустава

20. Для железодефицитной анемии более специфичным является следующий синдром:
- Геморрагический
- Анемический
- Гемолитический
+ Сидеропенический

21. Сидеропенический синдром проявляется следующими симптомами:
- Бледностью кожи и слизистых оболочек
+ Дистрофическими изменениями покровного эпителия
- Астеновегетативными нарушениями
+ Извращением вкуса

22. Средняя продолжительность основного курса лечения железодефицитной анемии составляет:
- 1 - 2 недели
- 2 - 4 недели
+ 6 - 10 недель
- 12 - 14 недель

Критериями диагностики латентного дефицита железа являются:
- Снижение количества эритроцитов ниже 4×10^{12}/л
- Снижение содержания гемоглобина ниже 110 г/л
+ Снижение уровня сывороточного железа ниже 14 мкмоль/л
+ Снижение содержания ферритина ниже 20 мкг/л
#
23. Для железодефицитной анемии характерны следующие морфологические изменения эритроцитов:
+ Гипохромия
- Гиперхромия
- Сфероцитоз
+ Анулоциз

. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура обусловлена:
- Дефицитом плазменных факторов свёртывания крови
- Иммунокомплексной альтерацией эндотелия капилляров
+ Количественной недостаточностью тромбоцитов
+ Качественной недостаточностью тромбоцитов
24.. Укажите основные патогенетические механизмы развития тромбоцитопении при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре:
+ Синтез антитромбоцитарных антител
- Угнетение тромбоцитарного ростка кроветворения
- Иммунокомплексное воспаление сосудистой стенки
+ Повышенная деструкция тромбоцитов
25.. Укажите черты не характерные для кожных геморрагий при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре:
- Спонтанность возникновения
- Полихромность
+ Симметричность

- Склонность к слиянию

26. Укажите характерные черты кожных геморрагий при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре:
- Спонтанность возникновения
- Полихромность
- Склонность к слиянию
+ Все перечисленное
27.. Показанием к спленэктомии при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре относится:
- Тромбоцитопения менее $20x10^9$/л
- «Влажная[a] пурпура продолжительностью более 6 месяцев
- Рецидивирующий кожный геморрагический синдром
+ Отсутствие эффекта от гормональной и цитостатической терапии
28. Геморрагический васкулит является классическим примером:
+ Вазопатии
- Тромбоцитопатии
- Гемоглобинопатии
- Коагулопатии
#
29. Укажите ведущий этиопатогенетический фактор гемофилии:
- Снижение количества тромбоцитов
- Функциональная недостаточность тромбоцитов
+ Дефицит плазменных факторов крови
- Гемолиз эритроцитов.

30.Для какого заболевания желудочно-кишечного тракта характерен «синдром мокрой подушки[a]?
- Пилороспазм
- Пилоростеноз
- Дуоденогастральный рефлюкс
+ Гастроэзофагальный рефлюкс

31. Назовите средства патогенетической терапии гиперацидных гастритов:
+ H_2- гистаминоблокаторы
- Антациды
- Прокинетики
- Спазмолитик

32. Какие методы используются для диагностики НР - инфекции?
- Эндоскопия
+ Уреазный тест
- Фракционное желудочное зондирование
- Контрастная рентгеноскопия
#
33 При язвенной болезни 12-ти перстной кишки боли в животе:
+ Поздние
- Ранние
+ Ночные
+ Сезонные
#
34. Для гиперацидности не характерна:
- Тощаковая боль в гастродуоденальной зоне
+ Понос
- Запор
- Изжога
#
35 При язвенной болезни желудка боли в животе:
- Поздние
300
+ Ранние
- Ночные
+ Сезонные

36. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта, проявляющиеся рвотой:
- Абдоминальная мигрень
- Синдром раздраженной кошки
+ Регургитация
+ Руминация
#
37. При функциональном запоре с преобладанием гипомоторики кал:
- Фрагментирован
- Лентовидный
+ Объемный
- Шнурообразный
38. Назовите антисекреторные препараты, относящиеся к ингибиторам протонной помпы:
+ Омез
+ Омепразол
- Ранитидин
- Фамотидин
#
39. Модулирующий эффект на моторику кишечника оказывает:
- Координакс
- Мотилиум
+ Дебридат
- Дюспаталин

40. Какая из ниже перечисленных схем показана при лечении гастродуоденита, ассоциированного с НР?
+ 7-дневная тройная схема, с использованием де-нола
- 7-дневная тройная схема, с использованием омепразола
- 10-дневная тройная схема, с использованием де-нола
- 7-дневная квадротерапия.

41.Появление ранних болей у больных язвенной болезнью отмечается:
+ Сразу после приема пищи
- Через 30 мин. после еды
- Через 1 час после приема пищи
- Через 15 минут после еды

42. Ведущим клиническим синдромом при дискинезии желчевыводящих путей является:
- Гепатолиенальный синдром
- Мальабсорбция
+ Болевой абдоминальный синдром
- Интоксикация

43. При гипотонической форме дискинезии ЖП назначают:
- Истинные холеретики
+ Холекинетики
+ Тюбажи
- Спазмолитические препараты

44.Для хронического гепатита наиболее характерен признак:
+ Повышение трансаминаз в 1,5-2 раза по сравнению с нормой
- Повышение трансаминаз, > чем в 2 раза по сравнению с нормой
- Гиперхолестеринемия
- Гипербилирубинемия
45.. Какие данные холецистографии свидетельствуют о наличии гипотонической дискинезии желчевыводящих путей?
+ Размеры ЖП увеличены, ЖП грушевидной формы
- ЖП овальной формы
+ Сокращение ЖП на 28% и менее на 60-й минуте после желчегонного завтрака

- Сокращение ЖП более чем на 65% на 60-й минуте после желчегонного завтрака

45. Причиной вторичного поражения поджелудочной железы могут быть:
- Токсокароз
+ Описторхоз
- Эхинококкоз
+ Лямблиоз

46. При каком заболевании увеличивается содержание диастазы в моче?
- Гастрит
+ Панкреатит
- Холецистит
- Желчекаменная болезнь

47. Для верификации диагноза панкреатита необходимо исследовать?
- Состав периферической крови
- Сахар крови
- Уровень кальция в сыворотке крови
+ Уровень амилазы в сыворотке крови

48.. Для первичного гипотиреоза характерно изменение уровней гормонов крови:
+ Повышение уровня ТТГ, снижение Т3 и Т4
- Снижение уровня ТТГ, повышение Т3 и Т4
- Снижение уровней ТТГ, Т3 и Т4
- Повышение уровней ТТГ, Т3 и Т4
49. Какова продолжительность терапии препаратами тироксина при врожденном гипотиреозе?
- До купирования симптомов гипотиреоза
- До закрытия зон роста
- До пубертатного возраста
+ Пожизненно

50.Для болезни Иценко - Кушинга характерно:
+ Перераспределение жира, задержка роста, гипертрихоз, артериальная гипертензия
- Равномерное развитие подкожно-жировой клетчатки, стрии тонкие, розовые
- Ускорение полового развития
- Ускорение роста
51. Низкорослость при синдроме Иценко-Кушинга обусловлена:
- Дефицитом гормона роста
- Ранним закрытием эпифизарных зон
+ Избытком глюкокортикоидов
- Избытком половых гормонов

52 При какой форме ожирения отмечается артериальная гипертензия?
- Конституционально-экзогенной
+ Диэнцефальной
- Адипозо-генитальной дистрофии
- При синдроме Лоренса-Муна-Барде-Бидля

53. Избыток массы тела при ожирении 1 степени составляет:
- 5-10 %
+ 10-25 %
- 25-50 %
- 50-100%

54.Избыток массы тела при 2 степени ожирения составляет:
- 10 -15 %
- 15 - 25 %
+ 25 - 50 %
- 50 - 100 %

55.Для болезни Иценко - Кушинга характерно:
+ Перераспределение жира, задержка роста, гипертрихоз, артериальная гипертензия
- Равномерное развитие подкожно-жировой клетчатки, стрии тонкие, розовые
- Ускорение полового развития
- Ускорение роста

56. При диффузном токсическом зобе отмечаются все симптомы, кроме:
+ Кожа сухая, иктеричная
- Кожа влажная горячая
- Стойкий красный дермографизм
- Уменьшение массы тела

57. К естественным фетальным коммуникациям относятся
+ овальное окно
- общий артериальный ствол
- атриовентрикулярный канал
+ артериальный проток

58. При переходе от фетального к неонатальной циркуляции происходят следующие изменения:
- закрытие овального окна
- закрытие артериального протока
- увеличение лёгочного кровотока
- закрытие венозного протока
+ все из перечисленных

59.Острая правожелудочковая сердечная недостаточность обусловлена:
+ Остро развившейся слабостью правого желудочка или предсердия
- Остро развившейся слабостью левого желудочка или предсердия
+ Застоем и повышением давления в большом круге кровообращения
- Застоем и повышением давления в малом круге кровообращения

60. Выделите симптомокомплекс, характерный для хронической сердечной недостаточности I стадии:
+ Одышка, тахикардия появляются при физической нагрузке и быстро проходят
- Одышка и тахикардия наблюдаются в покое и усиливаются при физической нагрузке
- Вынужденное положение ребенка - ортопноэ, выраженные одышка и тахикардия в покое

значительное снижение физической активности
- Стойкие необратимые
гемодинамические нарушения, полиорганная недостаточность
(сердечная кахексия
61. Для хронической правожелудочковой сердечной недостаточности II - Б стадии характерно:
- Преходящие пастозность и отеки стоп, ног
+ Постоянные периферические отеки стоп и ног
- Нижний край печени выступает на 2 см из подреберья
+ Нижний край печени выступает на 3 - 5 см из подреберья
#
62.Какой порок обуславливает возникновение одыщечно-цианотических приступов?
- открытый артериальный проток
- дефект межжелудочковой перегородки
+ тетрада Фалло
- коарктация аорты
#
63. Кровообращение плода отличается от кровообращения новорождённого:
- наличием плацентарного круга кровообращения
- функционированием анатомических шунтов
- минимальным током крови через лёгкие
+ всё вышеперечисленно

64 Кровообращение плода отличается от кровообращения новорождённого:
- наличием плацентарного круга кровообращения

- функционированием анатомических шунтов
- минимальным током крови через лёгкие
+ всё вышеперечисленное
65. К факторам риска возникновения врожденных пороков сердца относятся:
- Юный возраст матерей
- Переношенная беременность
+ Высокая концентрация сердечно - сосудистых заболеваний в семье
+ Острые вирусные инфекции вI триместре беременности
66. К группе врожденных пороков сердца с обогащением малого круга кровообращения относится:
+ Высокий дефект межжелудочковой перегородки
- Коарктация аорты
- Тетрада Фалло
- Стеноз легочной артерии
#
67 Патогномоничными симптомами для тетрады Фалло являются:
- Сердечный горб
+ Общий цианоз
+ Одышечно-цианотические приступы
- Дифференцированный пульс и артериальное давление на конечностях
68. О хронической гипоксии при врожденных пороках сердца «синего типа[a] свидетельствуют следующие симптомы:
- Рецидивирующие пневмонии застойно - бактериального характера
+ Изменение концевых фаланг конечностей («барабанные палочки[a]) и ногтей («часовые стекла[a])
- Вторичная (вазоренальная) артериальная гипертензия
+ Полицитемия, полиглобулия

69. К факторам риска возникновения врожденных пороков сердца относятся:
- юный возраст матерей
- переношенная беременность
+ высокая концентрация сердечно - сосудистых заболеваний в семье
+ острые вирусные инфекции в I триместре беременности

70. К врожденным порокам сердца, протекающим без существенного нарушения гемодинамики, относятся:
- высокий дефект межжелудочковой перегородки
+ низкий дефект межжелудочковой перегородки
- дефект межпредсердной перегородки
+ декстракардия

71. Сердечный горб при врожденных пороках сердца формируется:
- внутриутробно
+ через 2 - 5 месяцев после рождения
- к концу первого года жизни
- на втором году жизни.
- инфекционные заболевания
#
72.. Что характерно для ЭКГ при гипокалиемии?
+ снижение Т
- повышение Т
- повышение Р
- атриовентрикулярная блокада

73.. К группе врожденных пороков сердца с обогащением малого круга кровообращения относится:
+ Высокий дефект межжелудочковой перегородки
- Коарктация аорты
- Тетрада Фалло
- Стеноз легочной артерии
74.. К врожденным порокам сердца «синего типа[a], протекающим с обогащением малого круга кровообращения, относятся:

+ Транспозиция магистральных сосудов
- Стеноз аорты
+ Трехкамерное сердце с единственным желудочком.
- Общий артериальный ствол
75. К врожденным порокам сердца с препятствием кровотоку в большой круг кровообращения относится:
- Неполная атриовентрикулярная коммуникация
- Тетрада Фалло
+ Коарктация аорты
- Стеноз легочной артерии

.76. Для профилактики гипоксических приступов при тетраде Фалло назначают:
+ β_1 - адреноблокаторы (обзидан, анаприлин и др.)
- Сердечные гликозиды (дигоксин, коргликон)
- Ингибиторы АПФ (капотен, каптоприл)
- Метаболические средства (рибоксин, панангин)
77. Патогномоничными симптомами коарктации аорты являются:
+ Диспропорциональное телосложение за счет хорошо развитого плечевого пояса
- Высокое артериальное давление и напряженный пульс на лучевой артерии, и низкое артериальное давление, нитевидный пульс на бедренной артерии
+ Грубый систолический шум во 2- 3 межреберье слева от грудины
- Сердечный горб
78. Врожденные пороки сердца - это патология, которая формируется в период:
- бластогенеза
+ эмбриогенеза
ранний фетальный период
- поздний фетальный период

79.. Для многих врожденных пороков сердца патогномоничным симптомом является:
- килевидная грудь
- воронкообразная грудь
+ левостороннее выбухание грудной клетки
- симметричное западение грудной клетки

80.Сердечные отеки характеризуются следующими признаками:
+ локализуются преимущественно на ногах
- локализуются на лице
- наиболее выражены утром
+ нарастают к вечеру

81. Какое состояние не вызывает снижения зубца Т не ЭКГ?
+ гиперкалиемия
- гипокалиемия
- инфекционно-токсичекая кардиопатия при пневмонии
- тяжёлая аллергическая реакция
82. Какое заболевание у детей может обусловить инфарктоподобные изменения на ЭКГ:
- пролапс
- грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- вегетодистония
+ аортальный стеноз

#
83. Шумовая симптоматика не характерна для следующего вида врожденного порока сердца:
- Болезни Толочинова-Роже
- Трехкамерного сердца с единственным желудочком
- Дефекта межпредсердной перегородки
+ Коарктации аорты

84. К группе врожденных пороков сердца с обогащением малого круга кровообращения относится:
+ высокий дефект межжелудочковой перегородки
- коарктация аорты
- тетрада Фалло
- стеноз легочной артерии
85. Патогномоничными симптомами врожденных пороков сердца, протекающих с обогащением малого круга кровообращения, являются:
+ развитие гипотрофии к 3 - 5 месяцам жизни
- возникновение одышечно-цианотических приступов
+ систолическое дрожание грудной клетки
- высокое артериальное давление на руках
86.. Поддерживающая суточная доза сердечных гликозидов составляет от дозы насыщения:
- ½. - 1/3
- 1/3. - ó
+ ó - 1/6
-. 1/9 - 1/1

.87. К факторам риска возникновения врожденных пороков сердца относятся:
- Юный возраст матерей
- Переношенная беременность
+ Высокая концентрация сердечно - сосудистых заболеваний в семье
+ Острые вирусные инфекции вI триместре беременности
#
88. К группе врожденных пороков сердца с обогащением малого круга кровообращения относится:
+ Высокий дефект межжелудочковой перегородки
- Коарктация аорты
- Тетрада Фалло
- Стеноз легочной артерии

89. Врожденные пороки сердца - это патология, которая формируется в период:
- Бластогенеза
+ Эмбриогенеза
- Ранний фетальный период
- Поздний фетальный период

90. Патогномоничными симптомами врожденных пороков сердца, протекающих с обогащением малого круга кровообращения, являются:
+ Развитие гипотрофии к 3 - 5 месяцам жизни
- Возникновение одышечно-цианотических приступов
+ Систолическое дрожание грудной клетки
- Высокое артериальное давление на руках
#
91. Систолодиастолический шум Гибсона (машинный, моторный шум, шум волчка, поезда в тоннеле) характерен для следующего врожденного порока сердца:
- Дефекта межпредсердной перегородки
- Дефекта межжелудочковой перегородки
- Коарктации аорты
+ Открытого артериального (Боталлова) протока
#
92. Наиболее информативным исследованием для диагностики пролапса митрального клапана является:
- ЭКГ
+ ультразвуковое исследование
- ФКГ
- рентгенограмма сердца
#
93.. При лёгочной гипертензии II тон:

- расщеплён
+ акцентуирован
+ короткий
- ослаблен
#
94. Патогномоничными симптомами коарктации аорты являются:
+ диспропорциональное телосложение за счет хорошо развитого плечевого пояса
+ высокое артериальное давление и напряженный пульс на лучевой артерии,
низкое
артериальное давление и нитевидный пульс на бедренной артерии
- грубый систолический шум во 2- 3 межреберье слева от грудины
- сердечный горб
#
95. Выраженный цианоз у детей первого месяца жизни помимо ВПС синего типа
может быть связан с:
- метгемоглобинемией
- пневмопатиями
- болезнью гиальновых мембран
+ всеми перечисленными причинами
#
96. К врожденным порокам сердца «синего типа[a], протекающим с обогащением малого
круга кровообращения, относятся:
+ транспозиция магистральных сосудов
- стеноз аорты
+ трехкамерное сердце с единственным желудочком.
- общий артериальный ствол

97.. Компонентами тетрады Фалло являются:
- дефект межпредсердной перегородки
+ стеноз легочной артерии
- аномальное расположение магистральных сосудов
+ декстрапозиция аорты
#
98. Доза насыщения для сердечных гликозидов составляет:
+ 0,01 - 0,05 мг/кг
- 0,05 - 0,07 мг/кг
- 0,07 - 0,09 мг/кг
- 0,1 - 0,2 мг/кг
99. При открытом Боталловом (артериальном) протоке систолодиастолический шум
максимально выслушивается:
+ Во 2 межреберье слева от грудины
- В 3 - 4 межреберье слева от грудины
- В точке Боткина
- Во 2 межреберье справа от грудины

100. Компонентами тетрады Фалло являются:
- Дефект межпредсердной перегородки
+ Стеноз легочной артерии
- Аномальное расположение магистральных сосудов
+ Декстрапозиция аорты

101. Какие ткани суставов поражаются при реактивном артрите:
- Хрящевая ткань
+ Синовиальная оболочка
- Костная ткань
- Околосуставные ткани
#
102. Выберите клинические проявления, характерные для синдрома Рейтера:
- Олигоартрит
- Уретрит
- Кератодермия
+ Все перечисленные
#

103. Через какое время чаще всего развивается реактивный артрит после перенесенной носоглоточной инфекции?
- Через 2-3 дня
+ Через 1-3 недели
- На фоне инфекции
- Через 1-2 месяца
#
104. Какие препараты используются для лечения реактивных артритов, кроме:
- Антибиотики
- НПВП
- Внутрисуставное введение ГК
+ Противовирусные

105. Выберите морфологические маркеры ЮРА:
+ Эрозии хряща
- Фагоцитоз в очаге воспаления
- Отек синовиальной оболочки
- Формирование гранулем

106. В генезе какого заболевания особенно значима роль β-гемолитического стрептококка группы А?
- Системной красной волчанки
- Системной склеродермии
- Дерматомиозита
+ Ревматической лихорадки

107. К проявлениям ревматической хореи относят:
+ Гиперкинезы
- Парезы
- Параличи
- Генерализованные судороги

108.Назовите средства патогенетической терапии острой ревматической лихорадки:
- Антибиотики
- Сульфаниламиды
+ Глюкокортикоиды
+ НПВП
#
109. Важнейшими признаками кардиомиопатии являются:
+ Кардиомегалия
- Порок сердца
+ Сердечная недостаточность
- Нарушение коронарного кровообращения
#
110. Для лечения артериальной гипертензии используют все препараты, кроме:
- β-адреноблокаторы
- Диуретики
- Ингибиторы АПФ
+ Адреномиметики

111. Среди возбудителей острого пиелонефрита ведущую роль играет:
- Стрептококк
+ Кишечная палочка
- Стафилококк
- Клебсиелла
#
112. Об остром пиелонефрите следует думать при сохранении признаков болезни в течение:
+ 3-х месяцев
+ 5-ти месяцев
- 9 месяцев
- 12 месяцев

113. Какой симптомокомплекс характерен для пиелонефрита?
- Повышение температуры, боли в животе, лимфоцитарная лейкоцитурия
- Повышение температуры, отеки, протеинурия, гематурия
+ Повышение температуры, боли в животе, нейтрофильная лейкоцитурия
- Отеки, головная боль, протеинурия, гематурия
#
114. Какие симптомы не характерны для пиелонефрита?
- Повышение температуры
+ Отеки
- Боли в животе и пояснице
+ Повышение артериального давления
#
115. Какой показатель не относится к критериям тяжести пиелонефритического процесса?
- Выраженность температурной реакции
- Степень лейкоцитоза
- Уровень С - реактивного белка в сыворотке крови
+ Выраженность лейкоцитурии
#
116 Для мочевого синдрома при пиелонефрите типичны:
- Макрогематурия
- Лимфоцитарная лейкоцитурия
+ Нейтрофильная лейкоцитурия
+ Бактериурурия

. 117.У ребенка раннего возраста с рецидивами фебрильной инфекции мочевой системы в первую очередь необходимо выполнить:
- Экскреторную урографию
- Суточное мониторирование артериального давления
+ Микционную цистоуретрографию
- Компьютерную томографию почек

119. Диагностически значимой бактериурией считается выделение с мочой кишечной палочки в количестве:
- 500 микробных тел в 1 мл мочи
- 1000 микробных тел в 1 мл мочи
- 10 000 микробных тел в 1 мл мочи
+ 100 000 микробных тел в 1 мл мочи
#
119. Укажите основной признак, отличающий пиелонефрит от цистита:
- Боли в животе
- Лейкоцитурия
- Дизурия
+ Нарушение канальцевых функций

120.. Риск развития острого гломерулонефрита наиболее высок после перенесенной инфекции:
- Аденовирусной
+ Скарлатины
- Гриппа
#
121. Об остром гломерулонефрите следует думать при сохранении признаков болезни в течение:
+ 3-х месяцев
+ 6-ти месяцев
- Полутора лет
- Двух лет
#
123. Какой симптомокомплекс характерен для острого гломерулонефрита?
- Повышение температуры, боли в животе, лимфоцитарная лейкоцитурия
+ Повышение артериального давления, отеки, протеинурия, гематурия
- Повышение температуры, боли в животе, нейтрофильная лейкоцитурия

- Боли внизу живота, дизурия, лейкоцитурия
#
124. Какое сочетание симптомов патогномонично для острого гломерулонефрита?
- Фебрильная температура, боли в животе, дизурия, лейкоцитурия
- Резкие боли в животе и пояснице, макрогематурия
+ Отеки, головная боль, олигурия, гематурия, протеинурия
-Гематурия, кожные геморрагии, кровотечения

125.Ведущий симптом нефротического синдрома?
- Артериальная гипертензия
- Гипертермия
+ Отеки типа «анасарка»
- Моча цвета «мясных помоев»
126. Какая из следующих форм гломерулонефрита является наиболее прогностически неблагоприятной?
- Острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом
- Острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом
+ Подострый (быстро прогрессирующий) гломерулонефрит
- Хронический гломерулонефрит, нефротическая форма

127. Боли в нижних конечностях у ребенка с гломерулонефритом, длительно получающим преднизолон, вероятнее всего связаны:
- С артрозом коленных суставов
- С артритом коленных суставов
- С миалгиями
+ С остеопорозом длинных трубчатых костей
128. К числу последствий длительной терапии преднизолоном не относится:
- Остеопороз позвоночника и длинных трубчатых костей
- Синдром Кушинга
+ Нефросклероз
- Эрозии и язвы на слизистых желудочно-кишечного тракта

Приложение 2

Практические навыки к подготовке ГИА по ординатуре для врачей педиатров.

1. Осмотр новорожденных и исследование рефлексов
2. Проведение антропометрии у новорожденного
3. Кормление новорожденного через зонд
4. Постановка газоотводной трубки
5. Техника зондирования и промывания желудка у новорожденного
6. Принципы лечения гипербилирубинемии у новорожденных
7. Катетеризация мочевого пузыря
8. Пользование кувезом
9. Пользование кислородной палаткой
10. Заменное переливание крови
11. Проведение расчета питания для доношенных новорожденных
12. Проведение расчета питания для недоношенных новорожденных
13. Проведение скрининга на врожденные пороки сердца
14. Обработка пупочной ранки, кожи, слизистых у новорожденных
15. Определение уровня билирубина при помощи транскутанного билирубинометра
16. Катетеризация сосудов для внутривенного введения лекарств струйно и капельно
17. Расчет и коррекция питания детям первого года жизни
18. Определение группы крови и резус принадлежности
19. Инфузионная терапия (расчет жидкости)
20. Санация дыхательных путей
21. Забор крови для биохимического и серологического исследования
22. Проведение проб на групповую и индивидуальную совместимость при трансфузиях
23. Определение уровня сознания шкала Глазго
24. Проба по Нечипоренко, проба по Зимницкому
25. Подготовка больных к эндоскопическим исследованиям
26. Патологические менингиальные знаки
27. Самостоятельно проводить подкожные, внутримышечные, внутривенные инъекции
28. Люмбальная пункция
29. Показания для проведения переливания препаратов крови (эритроцитарная масса, плазма, тромбомасса, криопреципитат, альбумин)
30. Физические методы охлаждения при гипертермии
31. Оценка ЭКГ при аритмиях, блокадах сердца. Гипертрофии миокарда
32. ВПС, гемодинамика (согласно классификации по Мардеру)
33. Границы сердца относительной тупости по возрастам
34. Забор материала для бактериологического исследования из зева, носа взятие мокроты, мочи, кала, крови
35. Оценка физического развития детей.
36. Оценка клинических анализов крови, мочи
37. Оценка биохимических анализов крови
38. Оценка результатов копрологического исследования
39. Оценка результатов рентгенографии органов грудной клетки
40. Оценка результатов рентгенограммы органов брюшной полости
41. Оценка результатов рентгенографии носовых пазух
42. Оценка результатов рентгенографии костей
43. Оценка результатов эзофагогастроскопии
44. Оценка результатов УЗИ сердца, органов брюшной полости.
45. Измерение и оценка параметров АД.
46. Зондирование и промывание желудка у детей старшего возраста
47. Применение газоотводных трубок, очистительных клизм
48. Оценить по клиническим данным тяжесть состояния ребенка, опасность для жизни симптомы, опасность осложнений заболевания
49. Определить показания к экстренной госпитализации, условия транспортировки, лечебная помощь во время транспортировки больного
50. Лечебные мероприятия при крупе
51. Мероприятия при судорожном синдроме
52. Мероприятия при острой дыхательной недостаточности
53. Восстановление проходимости верхних дыхательных путей
54. Неотложная терапия при приступе бронхиальной астмы
55. Острая обструкция верхних дыхательных путей, неотложная помощь
56. Мероприятия при геморрагическом синдроме
57. Остановка дыхания, неотложная помощь

58. Острый отек легких, неотложная помощь
59. Ингаляции дымом, отравление угарным газом, неотложная помощь
60. Неотложная помощь при отравлениях.
61. Техника подачи увлажнённого кислорода через лицевую маску и носовые канюли.
62. Утопление, неотложная помощь
63. Приемы искусственного дыхания
64. Закрытый массаж сердца
65. Острая сердечная недостаточность, неотложная помощь
66. Приступ пароксизмальной тахикардии, неотложная помощь
67. Обморок (синкопальное состояние), неотложная помощь
68. Острая сосудистая недостаточность, неотложная помощь
69. Синдром токсикоза с и без дегидратации, неотложная помощь
70. Оказание помощи грудному ребенку и ребенку старше одного года при аспирации инородного тела
71. Острая почечная недостаточность, неотложная помощь
72. Кома гипер и гипогликемическая, неотложная помощь
73. Отек Квинке, анафилактический шок, неотложная помощь
74. Крапивница. Токсико-аллергический дерматит, неотложная помощь
75. Ацетонемическая рвота

Приложение 3

1. Физическое развитие детей, возрастные особенности. Методв оценки физического развития.
2. Психомоторное развитие детей. Оценка психомоторного развития на 1 –ом году жизни.
3. Естественное вскармливание.Значение естественного вскармливания. Потребности в белках,жирах,углеводах и калориях.
4. Смешанное вскармливание. Правила введения докорма. Состав. Потребность в белках, жирахи углеводах.
5. Искуственное вскармливание. Расчет объема питания. Классификация смесей детского питания.
6. Понятие о прикормах. Правила введения прикорма, состав, сроки. Коррекция питания.
7. Гипотрофии у детей. Классификация. Причины, критерии диагностики. Принципы лечения и профилактики.
8. Д- дефицитный рахит. Классификация. Принципы лечения и профилактики.
9. Спазмофилия. Критерии диагностики, принципы лечения.
10. Дефицитные анемии у детей раннего возраста. Критерии диагностики .Принципы лечения и «Д» наблюдения.
11. Острые прневмонии у детей.Классификация.Этиология. Критерии диагностики. Лечение
12. .Иммунопрофилактика. календарь профпрививок. Показания и противопоказания.
13. Бронхиальная астма у детей. Классификация. Критерии оценки тяжести .Клиника, осложнения..Лечение.
14. Острая ревматическая лихорадка у детей. Классификация,этиологии. Диагностические критерии, принципы лечения и профилактики.
15. Врожденные пороки сердца удетей. Классификация. Критерии диагностики. Клинические проявления.
16. Геморрагический васкулит. Этиология.патогенез. классификация.,клиника, принципы лечения..Диспансерное наблюдение.
17. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (болезньВерльгофа). Этиология, патогенез, классификация и клиническая картина.
18. Пиелонефриты у детей. Классификация. Клинические синдромы. Принципы лечения и»Д» наблюдения.
19. Гломерулонефриты у детей. Классификация. Этиология, патогенез.Клиника острого и хронического гломерулонефрита, принципы лечения. « Д» наблюдение.
20. Хорнические гастриты и гастродуодениты у детей.Классификация.Этиология, патогенез, Клиника,диагностика, принципы лечения и «Д» наблюдения.
21. Язвенная болезнь желудка и12-ти перстной кишки.классификация. этиология. Патогенез. Клиника, осложнения, Диагностика. Принципы лечения и «Д» наблюдения.
22. Сахарныйдиабет у детей. Классификация, Этиология, патогенез. Клиника. Осложнения, методы лечения.
23. Острый стенозирующий ларинготрахеит.критерии диагностики. Диф. Диагноз. Принципы лечения.
24. Корь. Этиология. классификация, клинические симптомы. Лечение и профилактика.
25. Краснуха.Этиология. клиника, принципы лечения ипрофилак4тики.
26. Ветряная оспа.этиология.эпидемиология,классификация,клиника. Осложнения. Принципы лечения и профилактики.
27. Скарлатина.Этиология. классификация, клиника, лечение, профилактика.
28. Дифтерия. Этиология. Классификация. Клиника. Принциры лечения и профилактики.
29. Мононуклеоз. Этиология. Классификация. Клиника..Принципы лечения..»Д№ наблюдение.
30. Менингококковая инфекция. Этиология.эпидемиология. Патогенез. Классификация. Принципы лечения и профилактики.

ПАТОЛОГИЯ

1. Основные понятия нозологии. Болезнь как нарушение гомеостаза.
2. Номенклатура и классификация болезней.
3. Общая этиология. Общий патогенез. Причинно-следственные взаимоотношения в патогенезе.
4. Венозная гиперемия. Причины, механизмы, последствия.
5. ДВС - синдром. Стадии. Патогенез.
6. Экссудация. Механизмы развития. Значение.
7. Фагоцитоз при воспалении. Причины эмиграции лейкоцитов в очаг воспаления. Механизмы фагоцитарной деятельности лейкоцитов.
8. Понятие об иммунном гомеостазе, механизмы гуморального и клеточного иммунитета.
9. Опухоли. Определение сущности опухолевого роста. Этиология опухолей. Современные теории опухолевого роста. Современная классификация опухолей. Принципы ее построения. Вторичные изменения в опухолях.
10. Доброкачественные, злокачественные и опухоли с местным деструирующим ростом. Критерии злокачественности. Понятие о рецидиве.

ПЕДАГОГИКА

1. Определите место педагогики в системе современного человекознания.
2. Назовите способы структурирования содержания образования и проиллюстрируйте их на примере.
3. Дайте характеристику законодательным актам в сфере образования.
4. Какие документы составляют нормативную основу образования?
5. Что означает понятие «обучение»? Как ваше собственное понимание этого понятия соотносится с его научной трактовкой?
6. В чем обнаруживается сходство и различие процессов обучения и лечения как древнейших видов гуманитарной практики?
7. Какие типы и виды обучения оптимальны на доклиническом и клиническом этапах медицинского образования?
8. В чем суть поэтапного формирования знаний и умений? Пояснить на примерах.
9. Какие требования к выбору форм организации познавательной деятельности обучаемых на учебном занятии существуют в дидактике?
10. Что лежит в основе классификации форм организации познавательной деятельности? Как связаны между собой формы организации познавательной деятельности и цели обучения?
11. От чего зависит выбор форм организации познавательной деятельности к конкретному занятию?
12. Какие формы обучения наиболее рационально использовать на разных этапах обучения в медицинском вузе и при обучении разных категорий обучаемых (медицинский персонал, пациенты, их родственники)?

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ТУБЕРКУЛЕЗ

1. Этиология и патогенез туберкулеза. Понятие о первичном и вторичном периодах туберкулезной инфекции.
2. Классификация туберкулеза в соответствии с МКБ-10. Основные клинические формы туберкулеза у детей и подростков. Основные симптомы и синдромы туберкулеза органов дыхания и внелегочного туберкулеза у детей и подростков.
3. Современные методы ранней диагностики и выявления туберкулеза у детей и подростков. Туберкулинодиагностика.
4. Методы профилактики туберкулеза среди детского населения. Вакцинация и ревакцинация БЦЖ.
5. Особенности течения туберкулеза у детей в современных условиях: туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью, туберкулез и ВИЧ-инфекция.

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. Медицинское право, как отрасль права.
2. Источники медицинского права.
3. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья.
4. Права и обязанности медицинских работников.
5. Понятие и виды медико-социальной помощи.
6. Особенности медицинской услуги
7. Особенности регулирования труда медицинских работников
8. Правонарушение и юридическая ответственность
9. Гражданско-правовая ответственность субъектов предоставления и оказания медико-социальной помощи.
10. Дисциплинарная ответственность медицинских работников.
11. Административная ответственность должностных лиц.
12. Уголовная ответственность медицинских работников.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

1. Дайте определение науки «Общественное здоровье и здравоохранение». Задачи общественного здоровья и здравоохранения. Объект изучения общественного здоровья и здравоохранения.
2. Какие методы используют при изучении общественного здоровья и здравоохранения?
3. Назовите главные критерии оценки эффективности системы здравоохранения.
4. Назовите базовые функции системы здравоохранения.
5. Дайте определения фактора риска. Перечислите факторы риска и кратко охарактеризуйте.
6. Дайте определение медицинской демографии и перечислите ее основные разделы.

7. Перечислите известные Вам исторически сложившиеся на этапах развития названия предмета Общественное здоровье и здравоохранение. С чем связано существование большого числа названий предмета?

8. Воспроизводство населения (естественное движение населения).
Общие и специальные показатели, методика расчета, анализ и оценка
9.Миграция населения: внешняя, внутренняя (урбанизация,

сезонная). Факторы, ее определяющие. Влияние миграции на здоровье населения
10. Естественный прирост населения, факторы на него влияющие. Противоестественная убыль населения.
11. Дайте определения “заболеваемость”, распространенность болезней”, патологическая пораженность”
12.От чего зависит полнота учета заболеваемости?

Министерство здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики
Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Медицинский факультет
Центр медицинского послевузовского образования

УТВЕРЖДАЮ
Министр здравоохранения ПМР
_____ К.В.Албул
«4» 01 2024 г.

СОГЛАСОВАНО
Ученым советом факультета
протокол № 5
от «29» 12 2023г.
Председатель
Ученого совета факультета
_____ Г.Н.Самко

ПРОГРАММА
ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ
образовательной программы послевузовского профессионального образования- программы ординатуры

Специальность **31.08.49 ТЕРАПИЯ**

Квалификация выпускника: врач – терапевт
Трудоемкость: 108 часов-3з.е.
Сроки проведения: 24.06.24 - 6.07.24г.

Тирасполь, 2023

Программа итоговой государственной аттестации образовательной программы высшего образования- программы ординатуры по специальности 31.08.49 Терапия разработана в соответствии с Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.49 Терапия гинекология (утвержденным Приказом Министерства Просвещения Приднестровской Молдавской Республики № 660 от 28.07.2021г. «Об утверждении и введении в действие Государственного образовательного стандарта послевузовского профессионального образования - ординатуры)

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании кафедры Терапии с циклом фтизиатрии протокол № 4 от «28» ноября 2023 г.
Заведующий кафедрой Терапии с циклом фтизиатрии _____ Лосева Н.Г.

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УМК факультета

«12» декабря 2023 г. (протокол № 4)

Председатель УМК _____ А.В. Васильчук

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УС факультета

«29» декабря 2023г. (протокол № 5)

Председатель УС _____ Г.Н. Самко

Программу составили:

Ассистент _____ Фус А.В.

Ассистент _____ Чеколтан И.В.

Содержание

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.
2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры
3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации.
4. Форма и структура итоговой государственной аттестации.
4.1 Форма итоговой государственной аттестации.
4.2 Трудоёмкость итоговой государственной аттестации.
4.3 Структура итоговой государственной аттестации.
5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.
6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации.
6.1 Критерии оценки результатов тестирования
6.2 Критерии оценки практических навыков и умений.
6.3 Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.
7. Содержание государственного экзамена.
7.1 Тестирование
7.2 Практические навыки.
7.3. Устное собеседование
8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

Приложения

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.

Цель - определение соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры требованиям Государственному образовательному стандарту послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.49 «Терапия».

Задачи:

— установление уровня подготовки выпускника к выполнению профессиональных задач (оценка степени сформированности всех компетенций, предусмотренных Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.49 «Терапия», характеризующих готовность выпускников к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации - врач - терапевт).

— принятие решения о выдаче обучающемуся, успешно прошедшему итоговую государственную аттестацию по программе ординатуры, диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации.

2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры

Итоговая государственная аттестация относится к базовой части программы - Блок 3. итоговая государственная аттестация и завершает процесс освоения имеющих государственную аккредитацию образовательных программ ординатуры.

Итоговая государственная аттестация образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.49 «Терапия» завершается присвоением квалификации " врач - терапевт".

3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путём обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- физические лица женского пола (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку готовности выпускников, освоивших программу ординатуры, к следующим видам профессиональной деятельности:

— профилактическая;
— диагностическая;
— лечебная;
— реабилитационная;
— психолого-педагогическая;
— организационно-управленческая.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

а) готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу - УК1;

б) готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия - УК2;

в) готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование - УК3.

Профессиональные компетенции (ПК):

а) профилактическая деятельность:

1) готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания - ПК1;

2) готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными - ПК2;

3) готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях - ПК3;

4) готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медикостатистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков - ПК4;

б) диагностическая деятельность - готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - ПК5;

в) лечебная деятельность:

1) готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи - ПК6;

2) готовностью к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации - ПК7;

г) реабилитационная деятельность - готовностью к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении - ПК8;

д) психолого-педагогическая деятельность - готовностью к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих - ПК9;

е) организационно-управленческая деятельность:

1) готовностью к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях - ПК10;

2) готовностью к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей - ПК11.

4.Форма и структура итоговой государственной аттестации

4.1.Форма итоговой государственной аттестации

Итоговая государственная аттестация обучающихся по образовательной программе ординатуры 31.08.49 «Терапия» проводится в форме государственного экзамена.

4.2.Трудоёмкость итоговой государственной аттестации

Объем итоговой государственной аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) - сдачу государственного экзамена.

4.3.Структура итоговой государственной аттестации

В Блок 3 " Итоговая Государственная аттестация" входят подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена. Перед государственным экзаменом по специальности для ординаторов проводятся предэкзаменационные консультации по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в три этапа:

1 этап - тестирование, проводится для получения сертификата специалиста, имеет целью определить готовность специалиста к самостоятельной профессиональной (медицинской) деятельности (согласно Приказу Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 31.05.2022г №477 «Об утверждении Порядка приема граждан на обучение по образовательным программам послевузовского профессионального образования – программам ординатуры, а также Порядка реализации образовательных программ послевузовского профессионального образования – программ ординатуры» (регистрационный № 11145 от 15 июля 2022 года) (САЗ 22-27)). Во время тестирования обучающийся выбирает правильный(е) ответ(ы) из предложенных нескольких вариантов ответов. Каждый обучающийся отвечает на 100 тестовых вопросов, на решение которых отводится 120 минут(2 астрономических часа).

2 этап - оценка практических навыков и умений - состоит из демонстрации практических навыков и умений, приобретенных в результате освоения программы ординатуры.

3 этап – устный экзамен по дисциплине Терапия с целью определения сформированности профессиональных компетенций выпускника, профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения. Каждый билет состоит из пяти теоретических вопросов, в процессе проведения государственного экзамена обучающемуся могут быть заданы уточняющие или дополнительные вопросы в рамках билета. На подготовку к ИГА ординатору выделяется 2 недели. После выбора билета ординатор готовится к ответу 30 минут, отвечает согласно регламенту 20 минут. По решению комиссии обучающийся может быть освобожден от необходимости полного ответа на вопрос билета, уточняющий или дополнительный вопрос.

Этапы государственного экзамена	Компетенции, которые оцениваются в ходе этапа
1 этап - в форме тестирование	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7 ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11.
2 этап - оценка практических навыков и умений	
3 этап – устный экзамен по дисциплине	

5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.

Проведение ИГА определяется календарным учебным графиком, выполнением индивидуального плана ординатора и расписанием ИГА.

Перед итоговой государственной аттестацией обучающиеся должны ознакомиться с программой ИГА. Подготовка к государственному экзамену может проводиться в формах, как устного повторения пройденных дисциплин (с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д.), так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на

государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.

6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации. Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

6.1. **Критерии оценки результатов тестирования**

Подведение **итогов 1 этапа в форме тестирования. Результат решения тестов оценивается по ятибалльной системе:**

- 49% и менее правильных ответов - «неудовлетворительно»;
- 50% - 70% - «удовлетворительно»;
- 71% - 84% - «хорошо»;
- 85% - 100% - «отлично».

6.2. Критерии оценки практических навыков и умений

Результаты 2 этапа определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол ИГА. Обучающиеся, получившие оценку «неудовлетворительно» к 3 этапу государственного экзамена не допускается, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений;

- «хорошо» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет;

- «удовлетворительно» - обучающийся обладает удовлетворительными теоретическими знаниями - знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний - не знает методики выполнения, практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и т.д.; и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

6.3. Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.

Результаты 3 этапа государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «хорошо» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «удовлетворительно» - обучающийся показывает частичное освоение планируемых

результатов обучения по пройденным дисциплинам, ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз с учетом принятой классификации. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций, демонстрируя поверхностное знание предмета;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не показывает освоение планируемых результатов обучения по пройденным темам, не может сформулировать диагноз или неправильно его ставит. Не может правильно ответить на большинство дополнительных вопросов, характеризующих уровень освоения необходимых компетенций.

7. Содержание государственного экзамена

7.1. Тестировние: Приложение 1
7.2. Практические навыки: Прилодение 2
7.3. Устное собеседование Приложение 3

8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

Основная литература:

1. Мартынов, А. И. Внутренние болезни : Т. I. : учебник / под ред. Мартынова А. И. ,Кобалава Ж. Д. , Моисеева С. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 784 с. - ISBN 978-5-9704-5886-0. http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970458860.html
2. Мартынов, А. И. Внутренние болезни : Т. II. : учебник / под ред. Мартынова А. И. ,Кобалава Ж. Д. , Моисеева С. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 704 с. - ISBN 978-5-9704-5887-7. http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970458877.html
3. Маколкин, В. И. Внутренние болезни : учебник / Маколкин В. И. , Овчаренко С. И. ,Сулимов В. А. - 6-е изд. ,перераб. и доп. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-4157-2. http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970441572.html

Дополнительная литература:

1. Щёкотова, В. В. Дифференциальная диагностика внутренних болезней / под ред. В. В.Щёкотова, А. И. Мартынова, А. А. Спасского. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 928 с. - 928с.-ISBN 978-5-9704-4778-9. http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970447789.html
2. Усанова, А. А. Ревматология / под ред. А. А. Усановой - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. -408с.-ISBN 978-5-9704-4275-3. http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970442753.html
3. Денисов, М. Ю. Младенческая гастроэнтерология : : руководство для врачей / М. Ю.Денисов и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 336 с. - ISBN 978-5-9704-5293-6.http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970452936.html
4. Ивашкин, В. Т. Гастроэнтерология. Национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина,Т. Л. Лапиной - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1.http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html

Приложение 1

01. Реанимация — это
1) раздел клинической медицины, изучающий терминальные состояния
2) отделение многопрофильной больницы
3) практические действия, направленные на восстановление основных жизненно важных функций организма
4) действия спасателей в течение 5 минут после происшествия
5) специализация бригады скорой медицинской помощи
1. Расширенные реанимационные мероприятия могут проводить
1) только специалисты реанимационных отделений
2) специально подготовленные медицинские работники
3) все взрослое население
4) работники милиции, прибывшие на место происшествия
5) работники дорожных служб
2. Реанимация показана
1) только при наступлении внезапной смерти лиц молодого и детского возраста
2) при любой внезапной остановке сердца.3) только при наличии предварительно данного больным согласия.4) если достоверно известно, что с момента остановки сердца прошло более 30 минут.5) всё перечисленное, верно
3. В предагональном состоянии пульс определяется:
1) только на крупных сосудах.2) только на переферических сосудах.3) на крупных и переферических сосудах.4) нет првильного ответа.5) все ответы верны
4. Артериальное давление (систолическое) в предагональном состоянии, A D
1) ниже 60 мм рт/ст.2) ниже 80 мм рт/ст.3) ниже 90 мм рт/ст.4) ниже 120 мм рт/ст
5) не определяется
5. В предагональном состоянии сознание
1) утрачено.2) сохранено.3) утрачено частично.4) сохранено частично.5) наблюдается ретроградная амнезия
6. Реакция зрачка на свет в предагональном состоянии
1) не изменена.2) ослаблена.3) определяется только на яркий искусственный свет.4) определяется только на яркое дневное освещение.5) не определяется
7. В агональном состоянии реакция зрачка на свет
1) ослаблена.2) отсутствует.3) определяется только на яркий свет.4) не изменена.5) нет правильного ответа
8. В соответствии с алгоритмом, оказание неотложной помощи при повешении,начинается с
1) обеспечения проходимости дыхательных путей.2) проведения сердечно-лёгочной реанимации.3) освобождения от сдавливающей петли.4) измерения АД.5) нанесения прекардиального удара
9. Укажите симптомы клинической смерти

1) отсутствие пульса на лучевой артерии, отсутствие сознания, редкое дыхание
2) отсутствие сознания, отсутствие дыхания, отсутствие пульса на сонной артерии
3) сохранение зрачкового рефлекса, ослабление пульса на сонной артерии
4) отсутствие сознания, отсутствие зрачкового рефлекса, сохранение пульса на сонной артерии
5) отсутствие дыхания, отсутствие пульса на лучевой артерии, ослабление зрачкового рефлекса
10. Укажите достоверный признак биологической смерти
1) отсутствие сознания.2) отсутствие дыхания.3) отсутствие сердцебиения.4) отсутствие реакции зрачка на свет.5) трупное окоченение
11. Укажите этапы проведения сердечно-легочной реанимации
1) искусственная вентиляция легких, непрямой массаж сердца
2) восстановление проходимости дыхательных путей, непрямой массаж сердца
3) восстановление проходимости дыхательных путей, искусственная вентиляция легких
4) непрямой массаж сердца, восстановление проходимости дыхательных путей, искусственная вентиляция легких
5) восстановление проходимости дыхательных путей, внутрисердечное введение адреналина
12. Назовите один из основных симптомов клинической смерти
1) отсутствие дыхания.2) отсутствие артериального давления на периферических сосудах
3) симптом «кошачьего глаза».4) трупные пятна.5) мертвенно бледная окраска кожи
13. Назовите один из дополнительных симптомов клинической смерти
1) отсутствие дыхания.2) отсутствие сознания.3) полное расслабление всей гладкой и поперечнополосатой мускулатуры.4) отсутствие кровообращения.5) симптом «кошачьего глаза»
14. В критических ситуациях пульс у новорождённого необходимо определять
1) на лучевой артерии.2) на плечевой артерии.3) на височной артерии.4) на сонной артерии
5) на бедренной артерии
15. Реанимация проводится
1) в каждом случае внезапно развившейся клинической смерти.2) только детям.3) взрослому населению работоспособного возраста.4) только молодым и здоровым людям
5) детям от 1 месяца и взрослым до 65 лет
16. Сердечно-лёгочная реанимация не показана в случае
1) наличия признаков биологической смерти.2) отсутствия зрачкового рефлекса
3) отсутствия дыхания.4) отсутствия сознания.5) отсутствия кровообращения
17. Для проведения сердечно-легочной реанимации пострадавшего необходимо уложить
1) в устойчивое боковое положение.2) на спину, на уровне колен реаниматора.3) с валиком под голову.4) с опущенным головным концом.5) на кровать
18. Укажите, с какого этапа начинают проводить СЛР

1) непрямой массаж сердца
2) искусственная вентиляция лёгких
3) обеспечение проходимости верхних дыхательных путей
4) введение препаратов внутривенно
5) электрическая дефибрилляция
19. При транспортировке у пострадавшего с черепно-мозговой травмой начинается рвота. Необходимо

1) уложить пострадавшего в положение «лягушки»
2) повернуть пострадавшего на бок
3) повернуть голову пострадавшего на бок
4) уложить пострадавшего на живот
5) нет правильного ответа
20. У пострадавшего травма головы, сознания нет. Для обеспечения проходимости верхних дыхательных путей необходимо
1) уложить пострадавшего в устойчивое боковое положение
2) уложить пострадавшего на спину, запрокинуть его голову, подложив под плечи валик
3) надеть пострадавшему воротник Шанца, выдвинуть вперёд его нижнюю челюсть, ввести воздуховод
4) уложить пострадавшего на живот
5) уложить пострадавшего на спину, повернув его голову на бок
21. Искусственную вентиляцию легких проводят с частотой
1) 12-14 вдохов в 1 минуту.2) 16-18 вдохов в 1 минуту.3) 1-2 вдоха в 1 минуту
4) 9-12 вдохов в 1 минуту.5) 18-20 вдохов в 1 минуту
22. Максимальное время проведения СЛР
1) 5 минут.2) 30 минут.3) 1 час.4) 2 часа.5) 45 минут
23. Реаниматор при СЛР располагается
1) с правой стороны.2) с любой стороны.3) с левой стороны.4) сзади.5) лицом к пострадавшему
24. При непрямом массаже сердца взрослому пострадавшему компрессии грудной клетки осуществляются с частотой

1) 20-30 компрессий в 1 минуту
2) 100-120 компрессий в 1 минуту
3) 130-140 компрессий в 1 минуту
4) 50-60 компрессий в 1 минуту
5) 120-130 компрессий в 1 минуту
25. При проведении реанимации соотношение компрессий и вдохов
1) 18:1.2) 15:1.3) 30:2.4) 10:2.5) 15:2
26. ИВЛ наиболее эффективна
1) при сгибании головы пострадавшего
2) при разгибании головы пострадавшего
3) при боковом левом положении пострадавшего
4) при боковом правом положении пострадавшего
5) положение пострадавшего не имеет значения
27. К причинам недостаточной эффективности искусственной вентиляции легких относятся все, кроме
1) частота искусственной вентиляции легких 10-14 в 1 минуту
2) отсутствие проходимости дыхательных путей
3) плохая герметизация между ртом реаниматора и носом больного
4) недостаточный объем воздуха, поступающего в дыхательные пути больного
5) нет правильного ответа
28. Для клинической смерти характерны все симптомы, кроме одного
1) отсутствие сердцебиения
2) сужение зрачков
3) цианоз или бледность кожных покровов
4) расширение зрачков
5) отсутствие дыхания
29. Причинами терминальных состояний являются

1) острые (массивные) кровопотери
2) тяжелые (массивные) травмы
3) острые отравления
4) острый инфаркт миокарда, кардиогенный шок
5) все ответы верны
30. ИВЛ проводится правильно, если у пациента
1) восстанавливается самостоятельное дыхание
2) грудная клетка остаётся неподвижной
3) грудная клетка при вдувании воздуха поднимается вверх
4) наблюдаются редкие самостоятельные вдохи
5) появляется пульс на периферических артериях
31. Размер воздуховода определяется расстоянием
1) от правого глаза до кончика носа
2) от носа до нижней губы
3) от верхних резцов до подбородка

4) от подбородка до мочки уха
5) от угла рта до мочки уха
32. Воздуховод применяется с целью
1) устранения западения языка
2) восстановления проходимости верхних дыхательных путей на уровне трахеи
3) предупреждения аспирации рвотных масс
4) наиболее удобного проведения СЛР
5) фиксации нижней челюсти
33. Критерием эффективности СЛР является
1) движение грудной клетки пациента вверх при вдувании воздуха
2) неподвижность грудной клетки пациента при вдувании воздуха
3) появление самостоятельного дыхания
4) появление пульсации на периферических артериях
5) стабилизация артериального давления на периферических артериях
34. Критерий правильности выполнения непрямого массажа сердца

1) появление пульсовых волн на общей сонной артерии при проведении компрессий
2) появление самостоятельного пульса на общей сонной артерии
3) повышение артериального давления на периферических артериях
4) появление самостоятельного дыхания
5) по изменению цвета кожных покровов
35. При проведении непрямого массажа сердца могут возникнуть осложнения
1) повреждение пищевода.2) гиповолемия.3) гипогликемия.4) перелом рёбер.5) разрыв лёгких
36. Сердечно-лёгочная реанимация может быть прекращена
1) если в течение 10 минут реанимация неэффективна
2) при наличии сомнений реаниматора в её эффективности
3) при наличии у пострадавшего признаков глубокого переохлаждения
4) у пострадавших с асоциальной внешностью
5) если в течение 30 минут реанимация неэффективна
37. Фактор, удлиняющий продолжительность клинической смерти
1) гипотермия.2) гипертермия.3) нормотермия.4) олигурия.5) диспепсия
38. Умеренное запрокидывание головы, выдвижение нижней челюсти вперёд, открывание рта пострадавшему — это
1) приём Короткова
2) приём Геймлиха
3) приём Саффара
4) приём Маркони
5) приём Зайцева
39. Закрытый массаж сердца следует проводить, располагая ладонь рабочей руки

1) в области верхней трети грудины
2) на два пальца ниже мечевидного отростка грудины
3) в области эпигастрия
4) на два пальца выше средней трети грудины
5) на два пальца выше мечевидного отростка или на границе средней и нижней трети грудины
40. Фибрилляцию желудочков сердца от асистолии можно отличить
1) с помощью электрокардиографа
2) по состоянию зрачков
3) по пульсовой волне
4) по цвету кожных покровов
5) по колебанию уровня артериального давления
41. Максимальная продолжительность клинической смерти при температуре окружающей среды 15-20°С составляет
1) 20 минут.2) 5 минут.3) 1-2 минуты.4) 2-3 минуты.5) 10 минут
42. ИВЛ при помощи мешка Амбу
1) менее эффективна, но более удобна
2) менее удобна, но более эффективна
3) не более эффективна и безопасна, чем при использовании метода «изо рта в рот»
4) в плане передачи инфекции более безопасна для реаниматора, чем метод «рот салфетка рот»
5) может быть осуществлена только врачом-реаниматологом
43. При проведении непрямого массажа сердца у взрослого человека грудина должна сместиться на
1) 1-2 см.2) 5-6 см.3) 10 см.4) 8 см.5) 6 см
44. Тройной прием Саффара включает
1) прекардиальный удар, пальпацию пульса, определение реакции зрачка на свет
2) открывание рта, удаление зубных протезов, фиксирование языка
3) очищение ротовой полости, удаление зубных протезов, запрокидывание головы
4) измерение артериального давления, определение цвета кожных покровов, определение зрачкового рефлекса
5) запрокидывание головы, смещение нижней челюсти книзу, выдвижение вперед нижней челюсти
45. Первые действия медицинской сестры после констатации клинической смерти у больного (пострадавшего)
1) измерение артериального давления на периферических сосудах и вызов врача
2) вызов врача через посредника и немедленное введение сердечных средств
3) вызов врача через посредника и немедленное приступание к сердечно-лёгочной реанимации

4) вызов врача и попытки восстановления дыхания подачей 100% увлажнённого кислорода
5) с измерения артериального давления
46. Основными симптомами клинической смерти являются
1) отсутствие сознания, отсутствие дыхания, отсутствие пульсации на общих сонных артериях
2) отсутствие сознания, цианоз кожных покровов, отсутствие зрачкового рефлекса
3) отсутствие сознания, отсутствие зрачкового и корнеального рефлексов
4) отсутствие сознания, отсутствие пульсации на лучевых артериях, судороги
5) отсутствие сознания, отсутствие дыхания, судороги
47. Вздутие эпигастральной области во время проведения ИВЛ свидетельствует
1) о правильности её выполнения.2) об эффективности её выполнения.3) о попадании воздуха в лёгкие.4) о попадании воздуха в желудок.5) бесполезности и безнадёжности ИВЛ
48. К обратимым терминальным состояниям относится
1) агония.2) биологическая смерть.3) социальная смерть.4) хронические заболевания в их терминальной стадии.5) анизокория
49. Преагония, агония и клиническая смерть относятся к состояниям

1) допустимым.2) терминальным.3) неординарным.4) клиническим.5) необратимым
50. Реанимация считается эффективной в случае
1) появления пульсовых волн на общей сонной артерии во время компрессий грудной клетки
2) если с момента начала реанимационных мероприятий прошло 15 мин.
3) если с момента начала реанимационных мероприятий прошло 30 мин.
4) своевременного прибытия бригады скорой помощи
5) появления признаков жизнедеятельности во время её проведения
51. Тройной приём Саффара обеспечивает
1) защиту от гипервентиляции.2) невозможность аспирации желудочного содержимого
3) проходимость дыхательных путей.4) проходимость нижних дыхательных путей
5) лучшую фиксацию зубных протезов
52. Биологическая смерть начинается с гибели
1) печени.2) клеток коры головного мозга.3) почек.4) клеток подкорковых структур головного мозга.5) сердца
53. Основной симптом типичного острого инфаркта миокарда
1) резкая головная боль.2) гипертензия.3) страх смерти.4) интенсивная боль за грудиной.5) одышка
54. Аэрозольная форма нитроглицерина
1) нитроминт.2) нитразепам.3) нистатин.4) новиган.5) небилет
55. Больные с острым инфарктом миокарда
1) регистрируются в приёмном отделении.2) в обязательном порядке проходят санитарную обработку.3) немедленно направляются в реанимационное отделение
4) обязательно взвешиваются.5) госпитализируются в терапевтическое отделение
56. Острая сосудистая недостаточность характеризуется
1) повышением АД.2) резким снижением тонуса сосудов.3) брадикардией.4) сухостью кожных покровов.5) уменьшением коронарного кровотока
57. Гипертонический криз — это состояние, характеризующееся
1) потерей сознания.2) резким понижением АД.3) резким повышением АД.4) непроизвольным мочеиспусканием.5) судорогами
58. Для оказания неотложной помощи при гипертоническом кризе предпочтительнее использовать
1) нифедипин.2) нитроглицерин.3) но-шпу.5) норвакс
59. Назовите основное действие врача при развитии у пациента отёка лёгких
1) введение адреналина.2) введение клофелина.3) подача кислорода через пеногаситель
4) подача 100% увлажнённого кислорода.5) укладывание пациента с приподнятым ножным концом
60. Для оказания неотложной помощи при носовом кровотечении необходимо приготовить
1) грелку.2) пузырь со льдом.3) раствор фурацилина.4) 70% этиловый спирт.5) согревающий компресс
61. Перед применением нитроглицерина при приступе стенокардии врач обязан
1) определить наличие сознания у больного
2) спросить, когда больной последний раз принимал нитроглицерин
3) посчитать частоту дыхания у больного
4) определить водный баланс
5) проконтролировать уровень АД у больного
62. Внезапное повышение АД характерно для
1) гипертонического криза.2) сердечной астмы.3) коллапса.4) шокового состояния.5) диабетической комы
63. Кратковременная потеря сознания, связанная с уменьшением притока крови к головному мозгу называется
1) коллапсом.2) шоком.3) обмороком.4) гипертоническим кризом.5) эпилептическим приступом
64. Ишемический некроз сердечной мышцы наблюдается при
1) стенокардии.2) инфаркте миокарда.3) сердечной астме.4) отёке легких.5) гипертоническом кризе
65. Стойкое и длительное снижение АД вследствие острой сосудистой недостаточности называется
1) обмороком.2) коллапсом.3) гипертоническим кризом.4) шоком.5) комой
66. Для промывания желудка взрослому человеку при отравлении необходимо использовать
1) 5 л. Воды.2) 12 л. Воды.3) 1 л. Воды.4) 10 л. Воды.5) чем больше воды, тем лучше
67. Приступы удушья, сопровождающиеся чувством нехватки воздуха, одышкой инспираторного характера, появление пены изо рта, характерны для
1) бронхиальной астмы
2) отёка лёгких

3) гипертонического криза
4) инфаркта миокарда
5) анафилактического шока
68. При развитии у больного анафилактического шока необходимо
1) вызвать врача
2) прекратить введение препарата
3) придать устойчивое боковое положение
4) ввести адреналин
5) всё перечисленное верно
69. Для приступа удушья при бронхиальной астме характерно
1) клокочущее дыхание
2) наличие пенистой розовой мокроты
3) экспираторная одышка
4) наличие акроцианоза
5) обильное отхождение гнойной мокроты
70. Эректильная фаза шока характеризуется
1) заторможенностью
2) психомоторным возбуждением
3) судорогами
4) низким АД
5) высоким АД.
71. Торпидная фаза шока характеризуется
1) возбуждением
2) спутанностью сознания, понижением АД
3) патологическим типом дыхания
4) повышением температуры тела
5) повышением артериального давления
72. Если у пострадавшего, получившего электротравму, отсутствует сознание, но нет видимых расстройств кровообращения и дыхания, врач должен
1) немедленно начать проведение непрямого массажа сердца
2) немедленно начать проведение ИВЛ
3) ввести внутривенно адреналин
4) поднести к носу пострадавшего ватный шарик, смоченный нашатырным спиртом
5) нанести прекардиальный удар
73. Элекротравма I степени тяжести характеризуется
1) судорожным сокращением мышц без потери сознания
2) расстройством кровообращения
3) расстройством дыхания
4) клинической смертью
5) биологической смертью
74. Женщина пролила себе на ноги кипяток. Кожа на обеих голенях и стопах гиперемирована, на коже пузыри, заполненные прозрачной жидкостью. Определите степень ожога и его площадь.
1) 1 степень — 18%.2) 2 степень — 18%.3) 2 степень — 9%.4) 1 степень — 9%.5) 3 степень — 4%
75. Площадь ожога головы и шеи у взрослого составляет
1) 18%.2) 9%.3) 20%.4) 2%.5) 10%
76. Скорость подачи кислорода при отёке лёгких составляет
1) 1 литр в минуту.2) 2-3 литра в минуту.3) 4-6 литров в минуту.4) 8-10 литров в минуту
5) 10 литров в минуту.
77. Экг признаками синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта (w-p-w) являются 1) укорочение интервала P-Q, уширение комплекса QRS, наличие Δ-волны 2) М – образные комплексы в левых грудных отведениях V5-V6 3) М – образные комплексы в правых грудных отведениях V1-V2 4) укорочение интервала P-Q без уширения комплекса QRSIO
78. Инфузионная терапия диабетического кетоацидоза на догоспитальном этапе должна проводиться 1) раствор Рингера 2) стерофундином 3) физиологическим раствором NaCl 4) раствором 40% глюкозы\
79. Допустимый объем введения 40% глюкозы при гипогликемической коме составляет - мл :1) 80 – 100 2) 100 – 120 3) 20 – 80 4) 250 – 500
80.Препаратом выбора для купирования болевого синдрома при инфаркте миокарда является: 1) промедол 2) омнопон 3) кеторол 4) морфин
81.Противопоказание к применению нифедипина 1) тахикардии 2) беременность 3) острый коронарный синдром 4) брадикардии
82.Характеристика перкуторного звука при гемотораксе на стороне поражения 1) тимпанический 2) тупой 3) коробочный 4) легочный.
83.Скорость инфузии кристаллоидного раствора в терапии сахарного диабета, в состоянии диабетического кетоацидоза у детей в возрасте 5-9 лет 1) 60 капель в минуту 2) 75 мл/час 3) 50 мл/час 4) 100 мл/час
84.Первоочередным мероприятием при утоплении является 1) восстановление проходимости дыхательных путей (+) 2) кислородотерапия 3) закрытый массаж сердца 4) внутривенное введение лекарственных средств 11.Максимальная разовая доза налоксона при отравлении опиатами составляет _____ мг 1) 1,2. 2) 2 .3) 0,8. 4) 2,4
85.При остром коронарном синдроме с подъемом сегмента st необходимо проведение 1) велоэргометрии 2) тромболизиса 3) оксигенации 4) искусственной вентиляции легких

86. Жизнеопасными осложнениями при отравлении фосфорорганическими соединениями являются 1) миоз, миофибрилляции, судороги 2) брадикардия, гиперсаливация, бронхорея 3) многократная рвота, диарея, абдоминальный болевой синдром 4) гипотензия, психомоторное возбуждение, профузное потоотделение
87.В лечении инфаркта миокарда осложненного застоем в малом круге кровообращения рекомендовано 1) применение ингибиторов АПФ при сопутствующей хронической почечной недостаточности и повышенного артериального давления 2) внутривенная инфузия нитратов у больных без артериальной гипотонии 3) краткосрочная внутривенная инфузия левосимендана на фоне гипотонии 4) внутривенная инфузия кардиотонических лекарственных средств на фоне гиповолемии
88. Нейролептики характеризуются следующим основным свойством 1) повышают концентрацию норадреналина и серотонина в организме 2) улучшают когнитивные функции 3) вызывают уменьшение эмоционального напряжения без снотворного эффекта 4) вызывают угнетение эмоционально-волевой и психической активности на фоне ясного сознания без нарушений критики
89. Токсическим бытовым стимулятором является 1) эфедрин 2) кофеин (+) 3) фенамин 4) кокаин
90.Антидотом при отравлениях солями тяжелых металлов является 1) налоксон 2) атропина сульфат 3) унитиол (+) 4) пиридоксина гидрохлорид
91. Патогномоничным признаком инфаркта миокарда на электрокардиограмме является 1) глубокий зубец S 2) подъем сегмента ST 3) патологический зубец р при инфаркте правого желудочка 4) патологический зубец Q .
92.Основная терапия обострения бронхиальной астмы 1) диуретики, муколитики, бронходилататоры 2) бронходилататоры, глюкокортикостероиды (ГКС), оксигенотерапия 3) наркотические анальгетики, бронходилататоры 4) муколитики, глюкокортикостероиды (ГКС), оксигенотерапия
93.При орви и гриппе введение метамизола натрия показано при температуре тела 1) нормальной 2) умеренной 3) пиретической 4) субфебрильной
94.Острая тяжёлая системная реакция гиперчувствительности, сопровождающаяся выраженными нарушениями гемодинамики 1) ангионевротический отек 2) крапивница 3) отек Квинке 4) анафилактический шок .
95.Беспокойство, тревога, сильный голод, дрожь, потливость характерны для 1) гипергликемии 2) гипогликемии 3) лактатацидоза 4) диабетического кетоацидоза
96.Характерный клинический симптом при инсульте: 1) спутанность сознания 2) головная боль 3) односторонний неврологический дефицит 4) кома.
97 Клиника пищевой токсикоинфекции характеризуется 1) единичными случаями 2) гастроэнтероколитом 3) острым, групповым началом 4) высокой температурой
98. У больных сахарным диабетом с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента st предпочтительнее проведение 1) тромболитической терапии с последующим чрезкожным коронарным вмешательством 2) стандартной терапии без реперфузии 3) первичного чрезкожного коронарного вмешательства 4) тромболитической терапии
99. Развивающийся инфаркт миокарда соответствует периоду в часах от 0 до: 1) 6 .2) 8 3) 12 4) 2
100. Под шоковым индексом альговера-брубера понимают 1) соотношение ЧСС/САД. 2) локализацию повреждений 3) визуальную оценку кровопотери 4) соотношение САД/ЧСС

Приложение 2

1. ДИАГН0СТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ ДЛИТЕЛЬНОСТИ КАШЛЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БРОНХИТЕ СОСТАВЛЯЕТ:

A. 3 месяца в течение 2 лет подряд Б.2 месяца в течение 2 лет подряд

B. 3 месяца в течение 1 года Г. 1 месяц в течение 1 года

2. МОКРОТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КАТАРАЛЬНОМ БРОНХИТЕ БЫВАЕТ

A. «ржавой»

Б. розовой пенистой

B. слизистой

Г. стекловидной

3. ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ВИДЕ

A. сухих хрипов

Б. звонких влажных мелкопузырчатых хрипов

B. крепитации

Г. шума трения плевры

4. ДЛИТЕЛЬНАЯ КОМПЕНСАЦИЯ ПОРОКА СЕРДЦА ПРИ СТЕНОЗЕ УСТЬЯ АОРТЫ ДОСТИГАЕТСЯ ЗА СЧЁТ ГИПЕРФУНКЦИИ

A. правого желудочка Б. левого предсердия

B. правого предсердия Г. левого желудочка

5. К ГИПЕРТРОФИИ И ДИЛАТАЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ПРИВОДИТ

A. перегрузка левого желудочка объемом Б. снижение коронарного кровотока

B. перегрузка левого желудочка давлением Г. уменьшение сердечного выброса

6. У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЁЛЫМ АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ, ВЫЯВЛЯЕМЫМ ПРИ ЭХОКАРДИОГРАФИИ,
ЯВЛЯЕТСЯ

A. увеличение ударного объема

Б. высокий градиент давления левый желудочек/аорта

B. аортальная регургитация

Г. зона акинезии в области межжелудочковой перегородки

7. «МИТРАЛИЗАЦИЕЙ» АОРТАЛЬНОГО ПОРОКА НАЗЫВАЮТ

A. сочетание аортального и митрального стенозов

Б. присоединение митрального стеноза к уже существующему аортальному пороку вследствие повторной ревматической лихорадки

B. компенсаторную гиперфункцию левого предсердия при снижении сократительной функции левого желудочка

Г. сочетание стеноза устья аорты и пролапса митрального клапана

8. ВЛАВАЖНОЙ ЖИДКОСТИ, ПОЛУЧЕННОЙ ОТ БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЁЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ, ПРЕОБЛАДАЮТ

A. лимфоциты Б. нейтрофилы

B. альвеолоциты Г. эозинофилы

9. ПОСЛЕ ПОСТАНОВКИ ВНУТРИКОЖНОЙ ПРОБЫ С ПРЕПАРАТОМ ДИАСКИНТЕСТ РЕЗУЛЬТАТ ОЦЕНИВАЮТ ЧЕРЕЗ (ЧАС)

A. 6 Б. 12

B. 24 Г. 72

10. КАКОЙ ФОРМЕ ТУБЕРКУЛЁЗА РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ СООТВЕТСТВУЕТ ОДНОСТОРОННЕЕ ЗАТЕНЕНИЕ НЕПРАВИЛЬНОЙ ФОРМЫ НА УРОВНЕ 3 РЕБРА С ЧЁТКОЙ НИЖНЕЙ ГРАНИЦЕЙ?

A. туберкулеме

Б. кавернозному туберкулезу

B. перисциссуриту

Г. фиброзно-кавернозному туберкулезу

11. КЛИНИЧЕСКИ МАЛОСИМПТОМНО, БЕЗ ИЗМЕНЕНИЙ, ВЫЯВЛЯЕМЫХ С ПОМОЩЬЮ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ, ПРОТЕКАЕТ _____ТУБЕРКУЛЁЗ ЛЁГКИХ

A. очаговый

Б. инфильтративный

В. фиброзно-кавернозный Г. цирротический

12. ПЕРВИЧНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ СЧИТАЮТ

А. заболевание ранее неинфицированного человека

Б. заболевание человека с положительной пробой Манту

В. заболевание человека, имеющего контакт с больными туберкулезом Г. впервые выявленные туберкулезные изменения в легких

13. ТЕХНИКА ПОСТАНОВКИ ВНУТРИКОЖНОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПРОБЫ С ПРЕПАРАТОМ ДИАСКИНТЕСТ НЕ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ТЕХНИКИ ПОСТАНОВКИ

А. пробы Коха

Б. реакции Манту

В. реакции Пирке

Г. пробы Гринчара - Карпиловского

14. МИНИМАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ ВЕНОЗНОЙ ПЛАЗМЫ В ЛЮБОЕ ВРЕМЯ СУТОК, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩЕЕ В ПОЛЬЗУ ДИАГНОЗА «САХАРНЫЙ ДИАБЕТ», СОСТАВЛЯЕТ (ММОЛЬ/Л)

А. 6,1 Б. 11,1

В. 9,7 Г. 15

15. АУТ0ИММУННАЯ ДЕСТРУКЦИЯ В-КЛЕТОК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ

А. сахарного диабета 2 типа

Б. гестационного сахарного диабета

В. генетических форм сахарного диабета (mody и др.)

Г. сахарного диабета 1 типа

16. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ

А. Инсулин

Б. Глибенкламид

В. Метформин Г. Гликлазид

17. ФЕНОМЕНОМ «УТРЕННЕЙ ЗАРИ» СЧИТАЮТ

А. утреннюю гипергликемию, обусловленную повышением секреции контринсулярных гормонов

Б. снижение уровня глюкозы крови в ответ на введение инсулина

В. исчезновение симптомов вторичного сахарного диабета при болезни Кушинга после двусторонней адреналэктомии

Г. утреннюю гипергликемию после ночной гипогликемии

18. ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ СЧИТАЮТ

А. любое значение гликемии, превышающее нормальный уровень глюкозы во время беременности

Б. гипергликемию, впервые выявленную во время беременности или в течение года после родов

В. гипергликемию, впервые выявленную во время беременности, но не соответствующую критериям «манифестного» сахарного диабета

Г. гипергликемию, обусловленную сниженной продукцией кортизола у беременной женщины

19. МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ОСТЕОАРТРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ

А. вазоактивных препаратов

Б. препаратов альфа-липоевой кислоты

В. нестероидных противовоспалительных препаратов Г. иммобилизации пораженной конечности

20. ДИАГНОЗ «СИНДРОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ» СТАВЯТ ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

А. сухости кожных покровов стоп

Б. язвенного дефекта подошвы стопы и сенсорно-моторной нейропатии

В. выраженной деформации пальцев

Г. снижения чувствительности в области стоп

21. ТРЕТЬЕЙ А СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК (ХБП 3+ СООТВЕТСТВУЕТ СКФ (МЛ/МИН/1,73 М2)

А. 30-44 Б. 15-29

В. 45-59 Г. 10-14

22.ЧЕТВЕРТОЙ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК (ХБП 4) СООТВЕТСТВУЕТ СКФ (МЛ/МИН/1,73 М2)

А. 15-29 Б. 45-59

В. 30-44 Г. 60-89

23. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ ТИРЕОИДНЫХ И ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНОВ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ МАНИФЕСТНОГО ТИРЕОТОКСИКОЗА?

A. ТЗ - в норме; Т4 -в норме; ТТГ - снижен Б. ТЗ -повышен; Т4 - в норме; ТТГ - в норме

B. ТЗ - в норме; Т4 - снижен; ТТГ - повышен Г. ТЗ - повышен; Т4 - повышен; ТТГ - снижен

24. ТЕСТОМ ПЕРВОГО УРОВНЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ

A. тиретропного гормона Б. общего тироксина

B. свободного тироксина Г. трийодтиронина

25. ЗАБОЛЕВАНИЕМ НАДПОЧЕЧНИКОВ, РАЗВИВАЮЩИМСЯ ПРИ ОПУХОЛЕВОМ ПОРАЖЕНИИ КОРКОВОГО ВЕЩЕСТВА, ЯВЛЯЕТСЯ

A. феохромоцитома Б. кортикостерома

B. вторичный гиперальдостеронизм Г. соматотропинома

26. ИССЛЕДОВАНИЕ СУТОЧНОЙ ЭКСКРЕЦИИ ФРАКЦИОНИРОВАННЫХ МЕТАНЕФРИНОВ (МЕТЕНЕФРИНА И НОРМЕТАНЕФРИН+ В МОЧЕ ПОЗВОЛЯЕТ ПОДТВЕРДИТЬ ИЛИ ОПРОВЕРГНУТЬ ДИАГНОЗ

A. болезнь Кушинга

Б. первичный гиперальдостеронизм

B. феохромоцитома

Г. первичный гипокортицизм

27. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ БОЛЕЗНИ КУШИНГА ЯВЛЯЕТСЯ ОПУХОЛЬ

A. передней доли гипофиза

Б. клубочковой зоны коры надпочечников

B. передней доли гипофиза

Г. пучковой зоны коры надпочечников Д. сетчатой зоны коры надпочечников

28. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ГОРМОНАЛЬНОАКТИВНОЙ АДЕНОМОЙ ГИПОФИЗА ЯВЛЯЕТСЯ

A. пролактинома

Б. тиреотропинома

B. соматотропинома Г. кортикотропинома

29. ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМ СИМПТОМОМ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА ЯВЛЯЕТСЯ

A. кашель

Б. кровохарканье

B. одышка

Г. свистящее дыхание

30. ПРИЗНАКОМ АВ-БЛОКАДЫ I СТЕПЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

A. постепенное удлинение PQ с последующим выпадением QRS Б. независимые сокращение предсердий и желудочков

B. увеличение PQ более 200 мс

Г. выпадение QRS без постепенного удлинения PQ

31. К АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ III КЛАССА ОТНОСИТСЯ

A. Хинидин Б. Лидокаин

B. Пропафенон Г. Амиодарон

32. СУХИЕ СВИСТЯЩИЕ ХРИПЫ НАД ВСЕЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ ЛЁГКИХ ЯВЛЯЮТСЯ АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ФЕНОМЕНОМ

A. нарушения бронхиальной проходимости Б. наличия жидкости в плевральной полости

B. повышения воздушности легочной ткани Г. уплотнения легочной ткани

33. ПЕРСИСТИРУЮЩАЯ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА СРЕДНЕТЯЖЁЛОГО ТЕЧЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

A. вариабельностью ПСВ< 20%

Б. ОФВ1 от 60%до 80% от должных величин

B. ночными приступами удушья реже 1 раза в неделю Г. ежедневными ночными приступами удушья

34. ПО СПИРОГРАФИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЫДЕЛЯЮТ ____ СТАДИИ ХОБЛ

А. 4

35. К ОСНОВНЫМ АУСКУЛЬТАТИВНЫМ СИМПТОМАМ ПРИ ХОБЛ ОТНОСЯТ

A. крепитацию
Б. сухие свистящие хрипы
B. влажные мелкопузырчатые хрипы Г. влажные крупнопузырчатые хрипы
36. АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ СЕРДЦА ВКЛЮЧАЕТ
A. ослабление первого тона и систолический шум
Б. неизмененные тоны и «мягкий, дующий» систолический шум
B. усиление первого тона и диастолический шум
Г. ослабление второго тона и диастолический шум
37. ШУМ ПРИ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
A. проводится на сонные артерии Б. никуда не проводится
B. проводится в яремную ямку
Г. проводится в левую подмышечную область
38. В ОТНОШЕНИИ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА
A. антибактериальная терапия должна проводиться парентерально
Б. кортикостероиды должны обязательно назначаться с первых дней лечения
B. длительность антибактериальной терапии составляет 2 недели
Г. развитие миокардита является показанием к оперативному лечению
39. БОЛЬНОЙ 48 ЛЕТ С УСТОЙЧИВЫМ ПОВЫШЕНИЕМ В ТЕЧЕНИЕ 3 ЛЕТ АД ДО 160/100 ММ РТ.СТ. БЕЗ КАКИХ-ЛИБО КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ
A. курсовой прием антигипертензивных препаратов
Б. изменение образа жизни и постоянную антигипертензивную терапию
B. прием препаратов короткого действия только при кризах
Г. изменение образа жизни и контрольное обследование через 6 месяцев
40. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ИШЕМИИ МИОКАРДА НА ЭКГ ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ ИЗМЕНЕНИЯ
A. зубца Р
Б. комплекса QRS
B. сегмента ST
Г. интервала PQ
41. К ТИПИЧНЫМ ЖАЛОБАМ ПАЦИЕНТА ВО ВРЕМЯ ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ ОТНОСЯТ
A. давящие боли за грудиной, возникающие при физической нагрузке Б. колющие боли в области левой лопатки
B. тупые ноющие боли в правой половине грудной клетки Г. иррадиацию боли в правую руку
42. ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ
A. гиперхолестеринемия
Б. нарушение ритма и проводимости сердца
B. врожденный порок сердца
Г. артериальная гипотония
43. ДЕЙСТВИЕ НИТРОГЛИЦЕРИНА ПРИ ПРИСТУПЕ СТЕНОКАРДИИ ОБУСЛОВЛЕНО
A. рефлекторным увеличением частоты сердечных сокращений Б. снижением сократимости левого желудочка
B. рефлекторным урежением частоты сердечных сокращений
Г. прямым миолитическим действием на гладкую мускулатуру коронарных артерий
44. ЗАСТОЙ ПО МАЛОМУ КРУГУ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИВОДИТ К
A. почечной недостаточности Б.асциту
B. отеку легких
Г. отекам голеней
45. ДИАГНОЗ «ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ» СТАВИТСЯ ПРИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПРОЯВЛЕНИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЕ____ (МЕС.)
А. 6
Б. 1
В. 3
Г. 9
46. ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ВКЛЮЧАЮТ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ
A. АЛТ
Б. АСТ

В. гамма-ГТ и щелочной фосфатазы Г.
АЛТ и АСТ

47. К ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОСЛОЖНЯЮЩИМ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С, ОТНОСЯТ

А. рак желудка Б.
рак легких

В. лимфому
Г. гепатоцеллюлярную карциному

48. ГИПЕРСПЛЕНИЗМОМ НАЗЫВАЮТ

А. увеличение размеров селезенки
Б. интенсификацию элиминации форменных элементов крови

В. расширение диаметра селезеночной вены
Г. интенсификацию кровоснабжения селезенки

49. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ ВЫЯВЛЕНИЕ

А. расширения подкожных вен нижних конечностей Б.
расширения вен нижней трети пищевода

В. гепатомегалии Г.
спленомегалии

50. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ОТНОСЯТ

А. лицо
Б. предплечья, голени

В. грудь
Г. волосистая часть головы

51. ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ИНГИБИТОРАМИ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ

А. двустороннем стенозе почечных артерий Б. поликистозе почек

В. диабетической нефропатии Г. бронхиальной астме

52. БОЛЬНЫМ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ

А. диуретики
Б. блокаторы рецепторов ангиотензина II

В. бета-адреноблокаторы
Г. блокаторы медленных кальциевых каналов

53. КОЖНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ, ПРЕДСТАВЛЕНЫЕ МАКУЛОПАПУЛЕЗНЫМИ ВЫСЫПАНИЯМИ НА ЛИЦЕ, В ОБЛАСТИ СКУЛОВЫХ ДУГ И СПИНКИ НОСА (СИМПТОМ «БАБОЧКИ») ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

А. системной склеродермии
Б. системной красной волчанки

В. синдрома Шарпа (смешанное заболевание соединительной ткани)
Г. диффузного (эозинофильного) фасциита

54. CREST СИНДРОМ - ЭТО

А. кальциноз, синдром Рейно, нарушение моторики пищевода, склеродактилия, телеангиэктазии
Б. кардиомегалия, повышение частоты сердечных сокращений, эзофагит, слип-апноэ, тромбоцитопения

В. цереброваскулит, эозинофилия, синдром Титце Г. цитопения, ревматоидные узелки, тромбофилия

55. КРИТЕРИЕМ III СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ СКФ (МЛ/МИН)

А. менее 40 Б. 30-59

В. 15-29
Г. менее 15

56. ЗНАЧИМЫМ ФАКТОРОМ РИСКА ДЛЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА ЯВЛЯЕТСЯ

А. алкоголизм Б. ожирение

В. гиподинамия Г. курение

57. ОПТИМАЛЬНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ТРИГЛИЦЕРИДОВ ПЛАЗМЫ ДЛЯ ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ СОСТАВЛЯЕТ МЕНЕЕ (ММОЛЬ/Л)

А. 1,7 Б. 2,5

В. 1,0 Г. 3,0

58. АСИСТОЛИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ ТРЕБУЕТ

A. электроимпульсной терапии Б. закрытого массажа сердца

B. в/в введения Мезатона

Г. в/в введения Верапамила

59. КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ

A. цианотичные, сухие Б. бледные, сухие

B. бледные, влажные Г. розовые, влажные

60. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

A. рефрактерная к комбинированной терапии АГ

Б. АГ, выявленная у больного в возрасте моложе 20 лет

B. АГ, возникшая у больного старше 65 лет

Г. обнаружение у больного АГ кардиомегалии

61. РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ ОТНОСИТСЯ К_____ЗАБОЛЕВАНИЯМ СУСТАВОВ

A. дегенеративным Б. метаболическим

B. реактивным

Г. воспалительным

62. ГРИПП МОЖНО ЛЕЧИТЬ С ПОМОЩЬЮ

A. антибиотиков

Б. противовирусных препаратов

B. ингаляционных кортикостероидов Г. сульфаниламидов

3. ВСАСЫВАНИЕ ЖЕЛЕЗА В КИШЕЧНИКЕ НАИБОЛЕЕ ИНТЕНСИВНО ПРОИСХОДИТ ИЗ

A. яблок

Б. моркови

B. мясных продуктов Г. фруктов

64. ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЗАПАСОВ ЖЕЛЕЗА ПРИ НАЛИЧИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ТЕРАПИЮ ПРЕПАРАТАМИ ЖЕЛЕЗА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ В ТЕЧЕНИЕ А. 5-7 дней Б. 3 недель

В. 2 месяцев Г. 3-6 месяцев

65. ПРЕПАРАТОМ, ТОРМОЗЯЩИМ СИНТЕЗ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ, ЯВЛЯЕТСЯ

A. Аллопуринол Б. Инсулин

B. Аспирин Г. Вольтарен

66. ДО УСТАНОВЛЕНИЯ ТОЧНОГО ДИАГНОЗА ЛЕЧЕНИЕ АРТРИТА МОЖНО НАЧАТЬ С

A. нестероидных противовоспалительных препаратов Б. антибиотиков

B. Преднизолона Г. Кризанола

67. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ КОМПОНЕНТОМ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ

A. задержка мокроты Б. воспаление бронхов

B. бронхоспазм Г. ларингоспазм

68. ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

A. хроническом гепатите Б. циррозе печени

B. метастатическом раке печени Г. хроническом панкреатите

69. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ПОДТВЕРЖДЕНИЕМ ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

A. боль опоясывающего характера Б. гипергликемия

B. высокий уровень амилазы в крови (диастазы в моче)

Г. стеаторея

70. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ БОЛЕЗНИ БЕХТЕРЕВА ЦЕЛЕСООБРАЗНО СДЕЛАТЬ РЕНТГЕНОГРАММЫ

A. позвоночника

Б. голеностопных суставов

B. тазобедренных суставов Г. кистей рук

71. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ, ПРОТЕКАЮЩАЯ С КРИЗАМИ, СОПРОВОЖДАЮЩИМИСЯ ТАХИКАРДИЕЙ, ПОТООТДЕЛЕНИЕМ, БЛЕДНОСТЬЮ ЛИЦА, ХАРАКТЕРНА ДЛЯ А. синдрома Кона

Б. феохромоцитомы

В. реноваскулярной артериальной гипертензии Г. синдрома Иценко-Кушинга

72. К КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КАТЕГОРИЙ СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ ПАЦИЕНТА, КОТОРЫЙ ВО ВРЕМЯ ТЕСТА 6-МИНУТНОЙ ХОДЬБЫ ПРОХОДИТ РАССТОЯНИЕ, РАВНОЕ 350 М'->

A. I функциональный класс NYHA Б. II функциональный класс NYHA

B. Ill функциональный класс NYHA Г. IV функциональный класс NYHA

73. НАЛИЧИЕ ЭРОЗИЙ В АНТРАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ЖЕЛУДКА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

A. острого гастрита

Б. аутоиммунного гастрита

B. гранулематозного гастрита Г. хеликобактерной инфекции

74. ИММУНОСУПРЕССИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

A. антикоагулянты Б. антибиотики

B. кортикостероиды и цитюстатики

Г. нестероидные противовоспалительные препараты

75. ПРЕПАРАТОМ, НАЗНАЧАЕМЫМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ 812- ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

A. Цианокобаламин Б. Преднизолон

B. Гепарин

Г. Метилдопа

Приложение 3

1.Терминальные состояния.
2.Обезболивание.
3.Реанимация
4. Интенсивная терапия.
3.Клиническая фармакология и тактика применения лекарств.
4. Паллиативная помощь.
5. Неотложная терапия при болезнях органом дыхания: Приступ бронхиальной астмы.
6. Статус астматикус.
6.Инородные тела дыхательных путей,
7. Отек гортани,
8. Ложный круп.
7. Носовое кровотечение.
8.Странгуляционная асфиксия.
9Открытый и закрытый пневмоторакс
10.Клапанный пневмоторакс
11. Неотложные состояния при заболеваниях сердечно- сосудистой системы: Внезапная сердечная смерть.
12. Простая сердечно-легочная реанимация
13.Боль в груди. Стенокардия.
14.Острый коронарный синдром.
15. Острая сердечная недостаточность. Кардиогенный шок.
16.Нарушения сердечного ритма и проводимости.
17.Гипертонический криз.
18.Острый венозный тромбоз. Тромбоэмболия легочной артерии.
16.Расслоение и разрыв аневризмы аорты.
17Тепловой и солнечный удары.
18.Расширенная сердечно-легочная реанимация.
19. Дефибриляция. Крикотириотомия.
20.Обморок.
21.Колляпс.
22.Шок.
23. Неотложные состояния у неврологических больных Эпилептический припадок.
24.Эпилептический статус.
25. Судорожные состояния.
26.Головная боль.
27.Вертеброгенныйболевой синдром.
28. Вегетативные кризы.
29.Неотложные состояния при болезнях желудочно-кишечного тракта. Острая абдоминальная боль.
30.Острый аппендицит.
31.Острый холецистит.
32..Острый панкреатит.
33.Желудочно-кишечное кровотечение.
34.Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки
35.Острая кишечная непроходимость.
36.Ущемленная грыжа.
37.Неотложные состояния у больных хроническими гепатитами .
38. Неотложные состояния у больных с циррозами.
39.Бактериальный перитонит.
40.Асцит.
41.Спонтанный гепаторенальный синдром
42.Неотложные состояния при болезнях мочеполовой системы. Почечная колика. 43.Пиелонефрит.
44.Неотложные состояния при комах. Виды ком.
45. Гипергликемические комы.
46.Кетоацидотическая кома.
47. Гипогликеическая кома.
48.Кома мозговая,
49.Кома печеночная.
50.Кома почечная.
51.Кома неясной этиологии.
52.Острая надпочечниковая недостаточность.

53. Тиреотоксический криз.
54.Диагностика и принципы оказания помощи при острых отравлениях на догоспитальном этапе и госпитальном этапе.
55.Неотложная помощь при отравлении этанолом.
56.Неотложная помощь при отравлении метанолом.
57.Неотложная помощь при отравлении кислотами.
58.Неотложная помощь при отравлении щелочами.
59.Неотложная помощь при отравлении снотворными.
60.Неотложная помощь при отравлен эуфиллином.
61.Неотложная помощь при отравлении клофеллином.
62.Неотложная помощь при отравлении наркотиками(опиатами).
63.Неотложная помощь при отравлении солями тяжелых металлов
64. Неотложная помощь при отравлении фосфорорганическими соединениями(ФОС).
65. Неотложная помощь при отравлении кокаином.
66. Неотложная помощь при отравлении угарным газом(окисью углерода,СО).
67. .Неотложная помощь при отравлении антибиотиками системного действия.
68. .Неотложная помощь при отравлении неопиоиднами анальгетиками.
69. Неотложная помощь при укусе змеи(гадюки)
70. Неотложная помощь при отравлении грибами.
71..Неотложная помощь при анафилактическом шоке.
72.Неотложная помощь при утоплении.
73.Неотложная помощь при поражении электрическим током.
74.Неотложная помощь при огнестрельном ранении.
75.Неотложная помощь при радиационном поражении.

ПАТОЛОГИЯ

1. Основные понятия нозологии. Болезнь как нарушение гомеостаза.
2. Номенклатура и классификация болезней.
3. Общая этиология. Общий патогенез. Причинно-следственные взаимоотношения в патогенезе.
4. Венозная гиперемия. Причины, механизмы, последствия.
5. ДВС - синдром. Стадии. Патогенез.
6. Экссудация. Механизмы развития. Значение.
7. Фагоцитоз при воспалении. Причины эмиграции лейкоцитов в очаг воспаления. Механизмы фагоцитарной деятельности лейкоцитов.
8. Понятие об иммунном гомеостазе, механизмы гуморального и клеточного иммунитета.
9. Опухоли. Определение сущности опухолевого роста. Этиология опухолей. Современные теории опухолевого роста. Современная классификация опухолей. Принципы ее построения. Вторичные изменения в опухолях.
10. Доброкачественные, злокачественные и опухоли с местным деструирующим ростом. Критерии злокачественности. Понятие о рецидиве.

ПЕДАГОГИКА

1. Определите место педагогики в системе современного человекознания.
2. Назовите способы структурирования содержания образования и проиллюстрируйте их на примере.
3. Дайте характеристику законодательным актам в сфере образования.
4. Какие документы составляют нормативную основу образования?
5. Что означает понятие «обучение»? Как ваше собственное понимание этого понятия соотносится с его научной трактовкой?
6. В чем обнаруживается сходство и различие процессов обучения и лечения как древнейших видов гуманитарной практики?
7. Какие типы и виды обучения оптимальны на доклиническом и клиническом этапах медицинского образования?
8. В чем суть поэтапного формирования знаний и умений? Пояснить на примерах.
9. Какие требования к выбору форм организации познавательной деятельности обучаемых на учебном занятии существуют в дидактике?
10. Что лежит в основе классификации форм организации познавательной деятельности? Как связаны между собой формы организации познавательной деятельности и цели обучения?
11. От чего зависит выбор форм организации познавательной деятельности к конкретному занятию?
12. Какие формы обучения наиболее рационально использовать на разных этапах обучения в медицинском вузе и при обучении разных категорий обучаемых (медицинский персонал, пациенты, их родственники)?

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ТУБЕРКУЛЕЗ

1. Этиология, эпидемиология и патогенез туберкулеза. Клиническая классификация туберкулеза. Основные эпидемиологические показатели туберкулеза.
2. Основные методы выявления и диагностики туберкулеза.
3. Понятие об основных клинических симптомах и синдромах легочного внелегочного туберкулеза.
4. Остропрогрессирующие формы туберкулеза. Основы дифференциальной диагностики туберкулеза.
5. Специфическая, санитарная, социальная профилактика туберкулеза.

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. Медицинское право, как отрасль права.
2. Источники медицинского права.
3. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья.
4. Права и обязанности медицинских работников.
5. Понятие и виды медико-социальной помощи.
6. Особенности медицинской услуги
7. Особенности регулирования труда медицинских работников
8. Правонарушение и юридическая ответственность

9. Гражданско-правовая ответственность субъектов предоставления и оказания медико-социальной помощи.
10. Дисциплинарная ответственность медицинских работников.
11. Административная ответственность должностных лиц.
12. Уголовная ответственность медицинских работников.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

1. Дайте определение науки «Общественное здоровье и здравоохранение». Задачи общественного здоровья и здравоохранения. Объект изучения общественного здоровья и здравоохранения.
2. Какие методы используют при изучении общественного здоровья и здравоохранения?
3. Назовите главные критерии оценки эффективности системы здравоохранения.
4. Назовите базовые функции системы здравоохранения.
5. Дайте определения фактора риска. Перечислите факторы риска и кратко охарактеризуйте.
6. Дайте определение медицинской демографии и перечислите ее основные разделы.

7. Перечислите известные Вам исторически сложившиеся на этапах развития названия предмета Общественное здоровье и здравоохранение. С чем связано существование большого числа названий предмета?

8. Воспроизводство населения (естественное движение населения).
Общие и специальные показатели, методика расчета, анализ и оценка
9.Миграция населения: внешняя, внутренняя (урбанизация,
сезонная). Факторы, ее определяющие. Влияние миграции на здоровье населения
10. Естественный прирост населения, факторы на него влияющие.
Противоестественная убыль населения.
11. Дайте определения “заболеваемость”, распространенность болезней”,
патологическая пораженность”
12.От чего зависит полнота учета заболеваемости?