

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ

Контролируемые компетенции: УК-1

1. ПОКАЗАТЕЛЬ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙ НАДЕЖНОСТЬ ИНФОРМАЦИИ, ПРИВЕДЕННОЙ В НАУЧНОМ ЖУРНАЛЕ, ЭТО

- 1) индекс достоверности
- 2) индекс доверия
- 3) индекс значимости
- 4) индекс цитируемости

2. СОЗНАТЕЛЬНОЕ, ЧЕТКОЕ И БЕСПРИСТРАСТНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛУЧШИХ ИЗ ИМЕЮЩИХСЯ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ ПРИ ПРИНЯТИИ РЕШЕНИЙ О ПОМОЩИ КОНКРЕТНЫМ БОЛЬНЫМ, ЭТО ОДНО ИЗ ОПРЕДЕЛЕНИЙ ПОНЯТИЯ:

- 1) биометрии
- 2) доказательной медицины
- 3) клинической эпидемиологии
- 4) медицинской статистики

3. С ПОЗИЦИИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ ВРАЧ ДОЛЖЕН ПРИНИМАТЬ РЕШЕНИЕ О ВЫБОРЕ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ, НА ОСНОВАНИИ

- 1) информации из интернета
- 2) опыта коллег
- 3) статьи из рецензируемого журнала с высоким индексом цитируемости
- 4) статьи из неизвестного источника

Контролируемые компетенции: УК-2

1. ЭКСПЕРИМЕНТ ЭТО:

- 1) процесс накопления эмпирических знаний
- 2) процесс измерения или наблюдения за действием с целью сбора данных
- 3) изучение с охватом всей генеральной совокупности единиц наблюдения
- 4) математическое моделирование процессов реальности

2. ОСНОВЫВАЯСЬ НА ВАШИХ ЛИЧНЫХ НАБЛЮДЕНИЯХ ВЫ ОПЕРИРУЕТЕ:

- 1) объективной вероятностью
- 2) классической вероятностью
- 3) эмпирической вероятностью
- 4) субъективной вероятностью

3. ПЕРВИЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ СТАТИСТИЧЕСКОЙ СОВОКУПНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) объект наблюдения
- 2) признак
- 3) единица наблюдения
- 4) группа признаков

4. К КАЧЕСТВЕННЫМ ПРИЗНАКАМ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) рост
- 2) пол
- 3) масса тела
- 4) жизненная емкость легких

5. К КОЛИЧЕСТВЕННЫМ ПРИЗНАКАМ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) рост
- 2) пол
- 3) исход заболевания
- 4) вид заболевания

6. НАУКА, РАЗРАБАТЫВАЮЩАЯ МЕТОДЫ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ, НАЗЫВАЕТСЯ:

- 1) клиническая эпидемиология
- 2) фармацевтика
- 3) кибернетика
- 4) медицинская статистика

Контролируемые компетенции: УК-3

1. СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО В СООТВЕТСТВИЕ С ЗАКОНОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. необходимым условием проведения любого медицинского вмешательства;
2. необходимым условием только при оперативном вмешательстве;
3. необходимым условием проведения только лечебных, диагностических и профилактических процедур;
4. желательным условием проведения медицинского вмешательства;
5. необязательным условием проведения медицинского вмешательства.

2. ВРАЧ ДОЛЖЕН ПОЛУЧАТЬ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО У САМОГО НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО ПАЦИЕНТА:

1. с 14 лет;
2. с 15 лет;
3. с 18 лет;
4. несовершеннолетние пациенты не имеют права на согласие;
5. законом это не установлено.

3. ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО В ОТНОШЕНИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ДО 15 ЛЕТ ДАЕТ:

1. один из родителей несовершеннолетнего;
2. оба родителя несовершеннолетнего;
3. любой член семьи несовершеннолетнего при условии совместного проживания;
4. представитель образовательного учреждения, которое посещает несовершеннолетний;
5. сам несовершеннолетний.

4. ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОМ:

1. может быть принят в устной форме;
2. должен быть оформлен записью врача с визой заведующего отделением;
3. должен быть оформлен записью в медицинской документации, подписан врачом и пациентом;
4. законом оформление отказа не регламентировано;
5. законом отказ от медицинского вмешательства не допускается.

5. ЗАКОННЫМ ОСНОВАНИЕМ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТУ ИНФОРМАЦИИ О СОСТОЯНИИ ЕГО ЗДОРОВЬЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. необходимость информирования о неблагоприятном прогнозе заболевания;

2. тяжесть состояния пациента;
3. просьба или требование пациента;
4. просьба родственников пациента;
5. оснований не существует.

6. В СЛУЧАЕ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИНФОРМАЦИЯ ДОЛЖНА СООБЩАТЬСЯ ОДНОМУ ИЗ БЛИЗКИХ РОДСТВЕННИКОВ ПАЦИЕНТА ПРИ УСЛОВИИ:

1. если пациент не запретил сообщать им об этом;
2. если пациент находится без сознания;
3. если пациент является иностранным гражданином;
4. если пациент письменно отказался от получения информации лично;
5. подобных условий законодательством не предусмотрено.

7. ИМЕЕТ ЛИ ПАЦИЕНТ ПРАВО НЕПОСРЕДСТВЕННО ЗНАКОМИТЬСЯ С МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИЕЙ, ОТРАЖАЮЩЕЙ СОСТОЯНИЕ ЕГО ЗДОРОВЬЯ:

1. да;
2. нет;
3. только с письменного разрешения лечащего врача;
4. только с письменного разрешения заведующего отделением;
5. только в исключительных ситуациях.

8. ПАЦИЕНТ ИМЕЕТ ПРАВО ПОЛУЧАТЬ КОПИИ И ВЫПИСКИ ИЗ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ:

1. на основании устной просьбы, высказанной лечащему врачу;
2. на основании письменного заявления на имя руководителя медицинской организации;
3. на основании письменного заявления на имя руководителя органа управления здравоохранением;
4. только на основании решения суда;
5. по любому из перечисленных оснований.

9. МАНЕРА ПОВЕДЕНИЯ РУКОВОДИТЕЛЯ ПО ОТНОШЕНИЮ К ПОДЧИНЕННЫМ С ЦЕЛЬЮ ПОБУДИТЬ ИХ К ПРИЛОЖЕНИЮ ТРУДОВЫХ УСИЛИЙ НАЗЫВАЕТСЯ:

1. метод управления;
2. манера управления;
3. принцип управления;
4. стиль управления;
5. функция управления.

10. НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ СТИЛЕМ УПРАВЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. авторитарный;
2. демократический;
3. либеральный;
4. попустительский;
5. в работе эффективного руководителя в той или иной степени присутствует каждый из трех стилей руководства в зависимости от ситуации и иных факторов.

11. КОГДА ВОЗНИКАЕТ НЕОБХОДИМОСТЬ УПРАВЛЕНИЯ?

1. При желании производить товары и услуги.
2. При объединении людей для совместной деятельности.
3. При наличии собственности.

4. При определении стратегии развития предприятия.
5. При определении стратегии и тактики предприятия.

12. ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ПОСТОЯННОГО ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ РАБОТ, ОПТИМАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВЫДЕЛЕННЫХ РЕСУРСОВ ЯВЛЯЮТСЯ ФУНКЦИЯМИ РУКОВОДИТЕЛЕЙ

1. стратегического уровня управления;
2. тактического уровня управления;
3. оперативного уровня управления;
4. смешанного уровня управления;
5. пролонгированного уровня управления.

13. ВИДАМИ КОНТРОЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. только предварительный контроль;
2. только текущий контроль;
3. только заключительный контроль;
4. предварительный, текущий и заключительный виды контроля;
5. предварительный, текущий, заключительный и личный виды контроля.

14. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОГРАНИЧЕНИЙ ПРИНИМАЕМОГО РЕШЕНИЯ, ОЦЕНКА АЛЬТЕРНАТИВНЫХ ВАРИАНТОВ ДЕЙСТВИЯ ПРОИЗВОДИТСЯ В ХОДЕ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ

1. запрограммированного;
2. незапрограммированного;
3. интуитивного;
4. суждения;
5. рационального.

15. МОЖНО ЛИ НАЙТИ ИДЕАЛЬНОЕ РЕШЕНИЕ КАКОЙ-ЛИБО КОНКРЕТНОЙ ПРОБЛЕМЫ?

1. Да, если у руководителя достаточно времени для его поиска.
2. Да, если руководитель обладает высоким управленческим потенциалом.
3. Нет, любое решение всегда будет иметь какие-либо негативные последствия.
4. Нет, любой руководитель думает в первую очередь о себе, и только потом – о своей организации.
5. Нет, руководителю всегда не будет хватать времени для поиска идеального варианта решения.

16. КОНТРОЛИРУЯ ХОД РАБОТ, РУКОВОДИТЕЛЬ ОБЩАЕТСЯ С ПОДЧИНЕННЫМИ. КАКУЮ ИНФОРМАЦИЮ ОН ДОЛЖЕН СООБЩАТЬ ПОДЧИНЕННЫМ?

1. Информацию о целях и задачах работы.
2. Информацию о принятых стандартах и допустимых отклонениях от них.
3. Информацию о достигнутых коллективом результатах работы.
4. Вся перечисленная информация должна доводиться до сведения подчиненных.
5. Никакие из перечисленных сведений не должны сообщаться подчиненным.

Контролируемые компетенции: УК-4

1. НОРМАТИВНО ОДОБРЯЕМЫЙ ОБРАЗЕЦ ПОВЕДЕНИЯ, ОЖИДАЕМЫЙ ОКРУЖАЮЩИМИ ОТ КАЖДОГО, КТО ЗАНИМАЕТ СОЦИАЛЬНУЮ ПОЗИЦИЮ:

1. транзакция

2. ролевые ожидания
3. социальная роль
4. психологический контакт

2. ОСНОВНЫЕ КАЧЕСТВА МАНИПУЛЯТОРА:

1. недоверие к себе и другим
2. лживость
3. примитивность чувств
4. все ответы верны

3. КОМПЛЕКСНОЕ ВЕРБАЛЬНОЕ И НЕВЕРБАЛЬНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ЭМОЦИИ, СУЖДЕНИЕ, САМОСОЗНАНИЕ ЧЕЛОВЕКА ПРИ МНОГИХ ПСИХИЧЕСКИХ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ - ЭТО РЕАЛИЗАЦИЯ ФУНКЦИИ ОБЩЕНИЯ:

1. прагматической
2. управленческой
3. терапевтической
4. коммуникативной

4. ОСОБЕННОСТЬ НЕВЕРБАЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ:

1. обусловлено импульсом подсознания
2. отсутствие возможности подделать эти импульсы
3. все ответы верны
4. его проявлениям доверяют больше, чем вербальному общению

5. КОГДА РЕГЛАМЕНТИРОВАНЫ СОДЕРЖАНИЕ И СРЕДСТВА ОБЩЕНИЯ, А ВМЕСТО ЗНАНИЯ ЛИЧНОСТИ ОБХОДЯТСЯ ЗНАНИЕМ ЕГО СОЦИАЛЬНОЙ РОЛИ – ЭТО ОБЩЕНИЕ:

1. светское
2. ролевое
3. деловое
4. примитивное

6. ОБЩЕНИЕ, НАПРАВЛЕННОЕ НА ИЗВЛЕЧЕНИЕ ВЫГОДЫ ОТ СОБЕСЕДНИКА, С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАЗНЫХ ПРИЕМОВ (ЛЕСТЬ, ЗАПУГИВАНИЕ, «ПУСКАНИЕ ПЫЛИ В ГЛАЗА», ОБМАН, ДЕМОНСТРАЦИЯ ДОБРОТЫ) – ЭТО ОБЩЕНИЕ:

1. деловое
2. манипулятивное
3. светское
4. формально-ролевое

7. ПРИПИСЫВАНИЕ СХОДНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ВСЕМ ЧЛЕНАМ КАКОЙ-ЛИБО СОЦИАЛЬНО ГРУППЫ БЕЗ ДОСТАТОЧНОГО ОСОЗНАНИЯ РАЗЛИЧИЙ МЕЖДУ НИМИ – ЭТО:

1. стереотипизация
2. абстракция
3. проецирование
4. перенос

8. МАНИПУЛИРУЮЩЕЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В:

1. использовании человека в корыстных целях
2. демонстрации своей позиции

3. покровительственном отношении к человеку
4. все ответы верны

9. ПОСТИЖЕНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДРУГОГО ЧЕЛОВЕКА:

1. эмпатия
2. рефлексия
3. экспрессивность
4. импульсивность

10. ПЕРЦЕПТИВНАЯ СТОРОНА ОБЩЕНИЯ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:

1. проявление тревожности
2. демонстрация креативного поведения
3. процесс формирования образа другого человека
4. проявление симпатии

11. СУЩЕСТВЕННЫЙ ПРИЗНАК ВНУШЕНИЯ:

1. некритичное восприятие информации
2. недоверие
3. критичность
4. требовательность

12. ОСОЗНАННОЕ ВНЕШНЕЕ СОГЛАСИЕ С ГРУППОЙ ПРИ ВНУТРЕННЕМ РАСХОЖДЕНИИ С ЕЁ ПОЗИЦИЕЙ – ЭТО:

1. психическое заражение
2. конформизм
3. убеждение
4. подражание

13. ПРЕОДОЛЕНИЕ ВСЕХ БАРЬЕРОВ ОБЩЕНИЯ – ЭТО СОБЛЮДЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ УСЛОВИЙ:

1. понимание целей партнера
2. все перечисленные условия
3. понимание партнера, адекватное представление его точки зрения
4. знание индивидуальных особенностей партнера

14. НА КАКОЙ ФАЗЕ КОНФЛИКТА ВОЗМОЖНОСТИ РАЗРЕШЕНИЯ КОНФЛИКТА САМЫЕ ВЫСОКИЕ:

1. начальной фазе
2. фазе подъема
3. пике конфликта
4. фазе спада

15. СИТУАЦИЯ СКРЫТОГО ИЛИ ОТКРЫТОГО ПРОТИВОСТОЯНИЯ ДВУХ ИЛИ БОЛЕЕ СТОРОН- УЧАСТНИЦ НАЗЫВАЕТСЯ:

1. конфликтными отношениями
2. конфликтной ситуацией
3. инцидентом

16. ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ПОСРЕДНИК В РАЗРЕШЕНИИ КОНФЛИКТОВ НАЗЫВАЕТСЯ:

1. суггестором
2. медиатором

3. коллегой.

17. ВИД ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ, ИСКУСНОЕ ИСПОЛНЕНИЕ КОТОРОГО ВЕДЕТ К СКРЫТОМУ ВОЗБУЖДЕНИЮ У ДРУГОГО ЧЕЛОВЕКА НАМЕРЕНИЙ, НЕ СОВПАДАЮЩИХ С ЕГО АКТУАЛЬНО СУЩЕСТВУЮЩИМИ ЖЕЛАНИЯМИ, НАЗЫВАЕТСЯ:

1. манипуляцией
2. суггестией
3. гипнозом

18. К КАКОЙ ТАКТИКЕ ОТНОСИТСЯ ПРИЕМ «ЗАКРЫТАЯ ДВЕРЬ»:

1. ультимативной тактике
2. тактике выжимания уступок
3. тактике лавирования.

19. СТОЛКНОВЕНИЕ ПРОТИВОПОЛОЖНО НАПРАВЛЕННЫХ ЦЕЛЕЙ, ИНТЕРЕСОВ, ПОЗИЦИЙ, ЯВЛЕНИЙ ИЛИ ВЗГЛЯДОВ ОППОНЕНТОВ ИЛИ СУБЪЕКТОВ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ, НАЗЫВАЕТСЯ:

1. конфликтом
2. конкуренцией
3. соревнованием

20. КОНФЛИКТЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ПРИНЯТИЮ ОБОСНОВАННЫХ РЕШЕНИЙ И РАЗВИТИЮ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ, НАЗЫВАЮТСЯ:

1. конструктивными
2. деструктивными
3. реалистическими

21. НЕОБХОДИМЫМИ И ДОСТАТОЧНЫМИ УСЛОВИЯМИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КОНФЛИКТА МЕЖДУ СУБЪЕКТАМИ СОЦИАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. наличие у них противоположных суждений или мотивов и желание хотя бы одного из них одержать победу над другим
2. наличие у них противоположно направленных мотивов или суждений, а также состояние противоборства между ними
3. наличие у них противоположных позиций и активные действия обеих сторон по достижению своих позиций
4. наличие противоположных интересов у каждого из них и отсутствие возможностей по их реализации

22. К КАКОМУ ТИПУ КОНФЛИКТОГЕНОВ ОТНОСЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ: «ПРИКАЗАНИЕ, УГРОЗА, ЗАМЕЧАНИЕ, КРИТИКА, ОБВИНЕНИЕ, НАСМЕШКА»:

1. снисходительное отношение
2. негативное отношение
3. менторские отношения
4. нарушение этики

23. УПРАВЛЕНИЕ КОНФЛИКТАМИ — ЭТО:

1. целенаправленное воздействие на процессе динамики
2. целенаправленное, обусловленное объективными законами воздействие на процесс его динамики в интересах развития или разрушения той социальной системы, к которой имеет отношение данный конфликт
3. целенаправленное воздействие на конфликтующих в интересах снижения уровня

напряженности между ними

4. целенаправленное, обусловленное объективными законами воздействие на процесс формирования адекватного образа конфликтной ситуации у конфликтующих в интересах снижения уровня напряженности между ними

24. ПРЕДПОСЫЛКАМИ РАЗРЕШЕНИЯ КОНФЛИКТА ЯВЛЯЮТСЯ:

1. достаточная зрелость конфликта, потребность субъектов конфликта в его разрешении, наличие необходимых ресурсов и средств для разрешения конфликта
2. достаточная зрелость конфликта, высокий авторитет одной из конфликтующих сторон
3. наличие необходимых ресурсов и средств для разрешения конфликта, потребность субъектов конфликта в его разрешении, коллективная форма деятельности;
4. высокий авторитет одной из конфликтующих сторон, коллективная форма деятельности, лидерство в группе.

25. ОПРЕДЕЛИТЕ ТИП КОНФЛИКТНОЙ ЛИЧНОСТИ ПО СЛЕДУЮЩИМ ПОВЕДЕНЧЕСКИМ ХАРАКТЕРИСТИКАМ: ХОЧЕТ БЫТЬ В ЦЕНТРЕ ВНИМАНИЯ; ХОРОШО ПРИСПОСАБЛИВАЕТСЯ К РАЗЛИЧНЫМ СИТУАЦИЯМ; ПЛАНИРОВАНИЕ СВОЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ СИТУАТИВНО; КРОПОТЛИВОЙ, СИСТЕМАТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ИЗБЕГАЕТ:

1. ригидный тип
2. неуправляемый тип
3. демонстративный тип
4. сверхточный тип

26. ОСОЗНАНИЕ ЧЕЛОВЕКОМ ТОГО, КАК ОН ВОСПРИНИМАЕТСЯ И ОЦЕНИВАЕТСЯ ДРУГИМИ ЛЮДЬМИ, НАЗЫВАЕТСЯ:

1. рефлексия
2. интроспекция
3. аттракция
4. нет ни одного правильного ответ

27. РАССТОЯНИЕ, КОТОРОЕ ОБЫЧНО РАЗДЕЛЯЕТ НАС, КОГДА МЫ НАХОДИМСЯ НА ОФИЦИАЛЬНЫХ ПРИЕМАХ И ДРУЖЕСКИХ ВЕЧЕРИНКАХ – ЭТО:

1. личная зона
2. интимная зона
3. социальная зона
4. публичная зона

28. ДЛЯ ЧЕГО ПРИМЕНЯЕТСЯ «МОЗГОВОЙ ШТУРМ»:

1. поддержать авторитет и власть руководителя
2. предотвратить панику
3. чтобы помочь группе достичь согласия по принимаемому решению
4. выработать новые, творческие подходы к решению проблемы

Контролируемые компетенции: УК-5

1. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОРИЕНТАЦИЯ - ЭТО

- 1) процесс оказания помощи учащимся в выборе профессии в соответствии со способностями, склонностями и рынком труда.
- 2) работа по итогам которой определяются умения. навыки
- 3) совокупность различной направленности общественных мероприятий
- 4) профессиональная подготовка

5) деятельность направленная на результат.

2. САМОАКТУАЛИЗАЦИЯ – ЭТО:

- 1) стремление человека к возможно более полному выявлению и развитию своих личностных возможностей
- 2) стремление человека достичь результата
- 3) творческий процесс развития
- 4) стремление человека реализовать способности
- 5) целенаправленная деятельность

3. САМООБРАЗОВАНИЕ – ЭТО:

- 1) самостоятельное овладение человеком знаниями, умениями и навыками, совершенствование уровня самого образования
- 2) образование через всю жизнь
- 3) систематическое обучение
- 4) воспитательно - образовательная деятельность
- 5) личностная значимость человека.

4. СОЦИАЛИЗАЦИЯ ЛИЧНОСТИ – ЭТО:

- 1) процесс социального развития человека под влиянием всей совокупности факторов социальной жизни
- 2) усвоение опыта предшествующих поколений
- 3) адаптация личности
- 4) индивидуальное развитие человека
- 5) становление личности, приобретение ею совокупности устойчивых свойств и качеств

5. ОБРАЗОВАНИЕ – ЭТО:

- 1) упорядоченная деятельность педагога по реализации цели обучения
- 2) предметная поддержка учебного процесса
- 3) система приобретенных в процессе обучения знаний, умений и навыков
- 4) способ сотрудничества учителя и учащихся
- 5) квалификационная характеристика выпускника

6. КОМПЕТЕНТНОСТЬ - ЭТО:

- 1) способность применять знания для решения профессиональных задач
- 2) совокупность знаний, умений и навыков
- 3) способность активно действовать
- 4) желание использовать полученные знания
- 5) активность личности

7. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ - ЭТО:

- 1) интегральная характеристика личности
- 2) вид профессиональной подготовленности работника, наличие у него знаний, умений и навыков, необходимых для выполнения им определенной работы в рамках одной профессии
- 3) мастер своего дела
- 4) профессиональное умение
- 5) способность постоянно развиваться

Контролируемые компетенции: ОПК-1

1. НАИБОЛЕЕ ПОДХОДЯЩИМ ОПРЕДЕЛЕНИЕМ ДЛЯ ПОНЯТИЯ ИНФОРМАЦИЯ БУДЕТ

1. мера неопределенности в состоянии, поведении наблюдаемых или управляемых объектов, в выборе управляющих решений
2. сведения об объектах и явлениях окружающей среды, их параметрах, свойствах и состояниях, которые уменьшают имеющуюся о них степень неопределенности, неполноты знаний
3. осмысленные и запомненные свойства предметов, явлений и связей между ними, а также способы выбора решений для достижения нужных результатов
4. совокупность взаимосвязанных и взаимообусловленных элементов, обладающая свойствами, не присущими каждому из элементов в отдельности и способствующими достижению единой цели
5. 5) совокупность взаимосвязанных и взаимообусловленных объектов, обладающая свойствами, не присущими каждому из элементов в отдельности и способствующими достижению единой цели

2. НАИБОЛЕЕ ПОДХОДЯЩИМ ОПРЕДЕЛЕНИЕМ ДЛЯ ПОНЯТИЯ СИСТЕМА БУДЕТ

1. мера неопределенности в состоянии, поведении наблюдаемых или управляемых объектов, в выборе управляющих решений
2. отображение сведений об окружающем мире и протекающих в нем процессах с помощью сообщений или зафиксированное на каком-нибудь материальном носителе
3. осмысленные и запомненные свойства предметов, явлений и связей между ними, а также способы выбора решений для достижения нужных результатов
4. совокупность взаимосвязанных и взаимообусловленных элементов, обладающая свойствами, не присущими каждому из элементов в отдельности и способствующими достижению единой цели

3. БРАУЗЕРЫ – ЭТО:

1. устройства, управляющие всей работой компьютера и его составных частей
2. программы, обеспечивающие для пользователя удобное взаимодействие с персональным компьютером, управление его ресурсами
3. программы, при работе компьютера постоянно находящиеся в оперативной памяти
4. программы, управляющие работой конкретных устройств компьютера
5. программы для работы с Web – сайтами в сети Интернет

4. ОБРАБОТКА ДАННЫХ, ВЫПОЛНЯЕМАЯ НА НЕЗАВИСИМЫХ, НО СВЯЗАННЫХ МЕЖДУ СОБОЙ КОМПЬЮТЕРАХ, НАЗЫВАЕТСЯ:

1. распределённой
2. многоуровневой
3. сетевой
4. иерархической
5. многоцелевой

5. ОБЪЕКТЫ (НАПРИМЕР, ОТДЕЛЬНЫЕ КОМПЬЮТЕРЫ), ГЕНЕРИРУЮЩИЕ ИЛИ ПОТРЕБЛЯЮЩИЕ НАЗЫВАЮТСЯ:

1. рабочими станциями
2. терминалами
3. абонентами сети
4. серверами
5. провайдерами

6. КОМПЬЮТЕРНАЯ СЕТЬ, ОБЪЕДИНЯЮЩАЯ ИНФОРМАЦИЮ В КОМПЬЮТЕРНОЙ СЕТИ, АБОНЕНТОВ, РАСПОЛОЖЕННЫХ В ПРЕДЕЛАХ НЕБОЛЬШОЙ ТЕРРИТОРИИ (2-3 КМ) НАЗЫВАЕТСЯ:

1. глобальной
2. локальной
3. региональной
4. частной
5. общественной

7. КОМПЬЮТЕР, УПРАВЛЯЮЩИЙ РАБОТОЙ СЕТИ, ЯВЛЯЮЩИЙСЯ ИСТОЧНИКОМ РЕСУРСОВ СЕТИ И ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЙ ЕЕ ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ ОПРЕДЕЛЕННЫМИ УСЛУГАМИ, НАЗЫВАЕТСЯ:

1. рабочей станцией
2. коммуникатором
3. сервером
4. абонентом сети
5. терминалом

8. ПЕРСОНАЛЬНЫЙ КОМПЬЮТЕР, ПОДКЛЮЧЕННЫЙ К СЕТИ, ЧЕРЕЗ КОТОРЫЙ ПОЛЬЗОВАТЕЛЬ ПОЛУЧАЕТ ДОСТУП К ЕЕ РЕСУРСАМ, НАЗЫВАЕТСЯ:

1. рабочей станцией
2. коммуникатором
3. сервером
4. абонентом сети
5. терминалом

9. КОМПЬЮТЕРНАЯ СЕТЬ С ОТСУТСТВИЕМ СПЕЦИАЛЬНО ВЫДЕЛЕННОГО СЕРВЕРА, НАЗЫВАЕТСЯ:

1. одноуровневой
2. одноранговой
3. децентрализованной
4. централизованной
5. одноконтурной

10. ТЕКСТ ЭЛЕКТРОННОЙ СТРАНИЦЫ ИНТЕРНЕТА, СОДЕРЖАЩИЙ В СЕБЕ СВЯЗИ С ДРУГИМИ ТЕКСТАМИ, ГРАФИЧЕСКОЙ, ВИДЕО- ИЛИ ЗВУКОВОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ, НАЗЫВАЕТСЯ:

1. тезаурус
2. гипертекст
3. каталог
4. рубрикатор
5. ультратекст

11. ГИПЕРТЕКСТОВЫЕ ФАЙЛЫ ИНТЕРНЕТА ИМЕЮТ РАСШИРЕНИЕ:

1. rtf
2. doc
3. html
4. txt
5. pdf

12. ЕДИНЫЕ СТАНДАРТИЗОВАННЫЕ ПРАВИЛА ОБМЕНА ИНФОРМАЦИЕЙ МЕЖДУ КОМПЬЮТЕРАМИ В СЕТИ НАЗЫВАЮТСЯ:

1. сетевой иерархией
2. сетевым протоколом
3. сетевыми коммуникациями
4. сетевой дисциплиной
5. сетевым управлением

13. К ГЕОГРАФИЧЕСКИМ ОТНОСИТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ ОКОНЧАНИЕ ДОМЕННЫХ АДРЕСОВ:

1. edu
2. us
3. net
4. com
5. gov

14. В АДРЕСЕ ИНТЕРНЕТ-РЕСУРСА HTTP://WWW.LIB.SPTU.EDU/MAIN.HTML ИМЯ ВЭБ-УЗЛА ПРЕДСТАВЛЕНО ЧАСТЬЮ:

1. http://
2. lib.sptu.edu
3. www.
4. main.html
5. http://www

15. ОПЕРАЦИОННАЯ СИСТЕМА – ЭТО:

1. устройства, управляющие всей работой компьютера и его составных частей
2. программы, обеспечивающие для пользователя удобное взаимодействие с персональным компьютером, управление его ресурсами
3. программы, при работе компьютера постоянно находящиеся в оперативной памяти
4. программы, управляющие работой конкретных устройств компьютера
5. вспомогательные программы обслуживания дисков, архивации данных, защиты от вирусов

16. ДРАЙВЕРЫ – ЭТО:

1. устройства, управляющие всей работой компьютера и его составных частей
2. программы, обеспечивающие для пользователя удобное взаимодействие с персональным компьютером, управление его ресурсами
3. программы, при работе компьютера постоянно находящиеся в оперативной памяти
4. программы, управляющие работой конкретных устройств компьютера
5. вспомогательные программы обслуживания дисков, архивации данных, защиты от вирусов

17. К СИСТЕМНЫМ ПРОГРАММАМ ПЕРСОНАЛЬНЫХ КОМПЬЮТЕРОВ ОТНОСЯТСЯ:

1. табличные процессоры
2. графические редакторы
3. текстовые редакторы
4. операционные системы
5. пакеты статистической обработки

18. ФАЙЛОВАЯ СИСТЕМА – ЭТО:

1. способы организации хранения и поиска требуемых программ и данных в накопителях информации

2. именованная совокупность данных, имеющая определенную внутреннюю организацию, общее назначение и занимающая некоторый участок в накопителе информации
3. таблица, содержащая список некоторой группы файлов и/или подкаталогов (вложенных папок), хранящихся в накопителе информации
4. графическое изображение иерархической структуры подкаталогов (вложенных папок), хранящихся в накопителе информации
5. система дорожек и секторов на поверхностях накопителя информации

19. ФАЙЛ – ЭТО:

1. способы организации хранения и поиска требуемых программ и данных в накопителях информации
2. именованная совокупность данных, имеющая определенную внутреннюю организацию, общее назначение и занимающая некоторый участок в накопителе информации
3. таблица, содержащая список некоторой группы файлов и/или подкаталогов (вложенных папок), хранящихся в накопителе информации
4. графическое изображение иерархической структуры подкаталогов (вложенных папок), хранящихся в накопителе информации
5. система дорожек и секторов на поверхностях накопителя информации

20. КАТАЛОГ (ПАПКА) – ЭТО:

1. способы организации хранения и поиска требуемых программ и данных в накопителях информации
2. именованная совокупность данных, имеющая определенную внутреннюю организацию, общее назначение и занимающая некоторый участок в накопителе информации
3. таблица, содержащая список некоторой группы файлов и/или подкаталогов (вложенных папок), хранящихся в накопителе информации
4. графическое изображение иерархической структуры подкаталогов (вложенных папок), хранящихся в накопителе информации
5. система дорожек и секторов на поверхностях накопителя информации

21. ГЛАВНЫЙ КАТАЛОГ ДИСКА, СОДЕРЖАЩИЙ ВСЕ ПОДКАТАЛОГИ И ФАЙЛЫ, НАЗЫВАЕТСЯ:

1. генеральным
2. корневым
3. текущим
4. вложенным
5. родительским

22. КАТАЛОГ, С ФАЙЛАМИ ИЗ КОТОРОГО В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ РАБОТАЕТ ПОЛЬЗОВАТЕЛЬ, НАЗЫВАЕТСЯ:

1. генеральным
2. корневым
3. текущим
4. вложенным
5. родительским

23. КАТАЛОГ, НЕПОСРЕДСТВЕННО В КОТОРОМ НАХОДИТСЯ ТЕКУЩИЙ ПОДКАТАЛОГ, НАЗЫВАЕТСЯ:

1. генеральным
2. корневым
3. текущим
4. вложенным

5. родительским

24. РАСШИРЕНИЕ ИМЕНИ ФАЙЛА *.DOCX СООТВЕТСТВУЕТ:

1. таблице MS Excel
2. текстовому документу MS Word
3. графическому файлу
4. программе (приложению)
5. странице сайта

25. РАСШИРЕНИЕ ИМЕНИ ФАЙЛА *.XLSX СООТВЕТСТВУЕТ:

1. таблице MS Excel
2. текстовому документу MS Word
3. графическому файлу
4. программе (приложению)
5. странице сайта

26. РАСШИРЕНИЕ ИМЕНИ ФАЙЛА .JPG СООТВЕТСТВУЕТ:

1. таблице MS Excel
2. текстовому документу MS Word
3. графическому файлу
4. программе (приложению)
5. странице сайта

27. КАКОЙ ФАКТОР ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ УСЛУГ С ПОМОЩЬЮ СРЕДСТВ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ:

1. расстояние
2. стоимость услуг
3. здоровье пациента
4. стаж лечащего врача
5. возраст пациента

28. ТЕЛЕМЕДИЦИНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ В РЕЖИМЕ OFF-LINE – ЭТО:

1. пересылка материалов для диагностики и заключений по электронной почте
2. пересылка материалов для диагностики и заключений курьером
3. пересылка материалов для диагностики и заключений заказным письмом
4. передача материалов для диагностики и заключений из рук в руки
5. консультация без передачи документов

29. ТЕЛЕМЕДИЦИНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ В РЕЖИМЕ ON-LINE – ЭТО:

1. предварительная персональная экспертная консультация
2. консультация лечащего врача и эксперта
3. консультации пациента с экспертом во время сеанса связи.
4. консультация пациента с родственниками
5. консультация лечащего врача с родственниками пациента

30. ГЕОИНФОРМАЦИОННЫЕ СИСТЕМЫ (ГИС) ХРАНЯТ ИНФОРМАЦИЮ О

1. данных космической медицины
2. географических медицинских открытиях прошлого
3. возможных географических медицинских открытиях будущего
4. изменениях климата
5. медицинских событиях в реальном мире

31. ГЕОИНФОРМАЦИОННЫЕ СИСТЕМЫ (ГИС) ХРАНЯТ ИНФОРМАЦИЮ В ВИДЕ:

1. сайтов интернета
2. тематических географических слоев
3. статей интернета
4. медицинских статей
5. географических наименований

32 ГЕОИНФОРМАЦИОННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ СИСТЕМЫ (ГИС) МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

1. для анализа ресурсов здравоохранения
2. добычи полезных ископаемых
3. нужд пищевой промышленности
4. навигации спутников связи
5. для телемедицины

33. ИНФОРМАЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ СИСТЕМЫ – ЭТО СОСТОЯНИЕ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ СИСТЕМЫ, ПРИ КОТОРОМ ОНА, ...

1. с одной стороны, способна противостоять воздействию внешних и внутренних информационных угроз, а с другой – ее наличие и функционирование не создает информационных угроз для элементов самой системы и внешней среды
2. с одной стороны, способна противостоять воздействию внешних и внутренних информационных угроз, а с другой – затраты на её функционирование ниже, чем предполагаемый ущерб от утечки защищаемой информации
3. способна противостоять только информационным угрозам, как внешним так и внутренним
4. способна противостоять только внешним информационным угрозам
5. способна противостоять только внутренним сетевым информационным угрозам

Контролируемые компетенции: ОПК-2

1. ПРИОРИТЕТ ПРОФИЛАКТИКИ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ:

1. разработкой и реализацией программ формирования здорового образа жизни;
2. осуществлением санитарно-противоэпидемических мероприятий;
3. осуществлением мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний;
4. проведением профилактических и иных медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;
5. всем вышеперечисленным.

2. ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ОБОСТРЕНИЙ ИМЕЮЩИХСЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ОСЛОЖНЕНИЙ И ХРОНИЗАЦИИ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ ВАЖНЕЙШИМ КОМПОНЕНТОМ:

1. первичной профилактики;
2. вторичной профилактики;
3. третичной профилактики;
4. первичной и вторичной профилактики;
5. первичной, вторичной и третичной профилактики.

3. ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕРОПРИЯТИЙ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ:

1. снижением заболеваемости и смертности у лиц трудоспособного возраста;
2. снижением заболеваемости и смертности у детей и подростков;

3. снижением заболеваемости и смертности у лиц пожилого возраста;
4. рациональностью финансовых вложений в систему здравоохранения;
5. рациональностью распределения кадровых ресурсов в системе здравоохранения.

4. МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ ПОЗВОЛЯЮТ ВЫЯВИТЬ:

1. первичную заболеваемость;
2. общую заболеваемость;
3. накопленную заболеваемость;
4. патологическую пораженность;
5. истощенную заболеваемость.

5. ПОРЯДКИ И СТАНДАРТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГРАЖДАНАМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ УСТАНАВЛИВАЮТСЯ НА УРОВНЕ:

1. федеральном;
2. региональном;
3. областном;
4. муниципальном;
5. медицинской организации.

6. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:

1. этапы оказания помощи, стандарт оснащения подразделений, штатные нормативы;
2. перечень медицинских услуг;
3. виды лечебного питания;
4. перечень лекарственных средств;
5. критерии качества медицинской помощи.

7. СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ УСРЕДНЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЧАСТОТЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ И КРАТНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ:

1. только медицинских услуг;
2. только медицинских услуг и лекарственных препаратов (с указанием средних доз)
3. медицинских услуг, лекарственных препаратов, видов лечебного питания;
4. медицинских услуг, лекарственных препаратов и всех используемых медицинских изделий;
5. стандарта оснащения подразделений, штатные нормативы.

8. ОБЪЕКТОМ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (ОМС) ЯВЛЯЕТСЯ:

1. гражданин Российской Федерации;
2. застрахованный;
3. гражданин, нуждающийся в оказании медицинской помощи;
4. медицинская услуга;
5. страховой риск.

9. СТРАХОВОЙ РИСК ПРИ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ СВЯЗАН С:

1. наступлением инвалидности;
2. несчастным случаем на производстве;
3. случаем временной нетрудоспособности;
4. необходимостью получения медицинской помощи;
5. со всем вышеперечисленным.

10. СТРАХОВЫЕ ПЛАТЕЖИ НА ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ НЕРАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН ОСУЩЕСТВЛЯЮТСЯ:

1. из средств федерального фонда ОМС;
2. из средств территориального фонда ОМС;
3. из средств страховой медицинской организации;
4. из средств бюджета субъекта Российской Федерации;
5. из средств медицинской организации.

11. ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ УСТАНОВЛИВАЕТ:

1. объем медицинской помощи в расчете на одного жителя, стоимость объема медицинской помощи с учетом условий ее оказания, подушевой норматив финансирования;
2. оценка эффективности использования государственных средств, выделенных на закупку отдельных видов медицинского оборудования;
3. порядок независимой оценки качества медицинской помощи, оказанной за счет средств ОМС;
4. оценку эффективности использования медицинского оборудования, используемого при оказании медицинских услуг в системе ОМС;
5. все вышеперечисленное.

12. ЦЕЛЕВЫЕ ЗНАЧЕНИЯ КРИТЕРИЕВ ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УСТАНОВЛЕННЫ:

1. Федеральным законом №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
2. Федеральным законом №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
3. Приказом Федерального фонда ОМС;
4. Приказом Территориального фонда ОМС;
5. Территориальной программой государственных гарантий.

13. СРЕДНИЕ НОРМАТИВЫ ОБЪЕМОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО БАЗОВОЙ ПРОГРАММЕ ОМС ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ:

1. в расчете на одного жителя;
2. в расчете на одного застрахованного;
3. в расчете на одного работающего;
4. в расчете на одного неработающего;
5. в расчете на десять тысяч населения.

14. КАКОЙ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КРИТЕРИЕВ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, УСТАНОВЛЕННЫХ ПРОГРАММОЙ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ, УКАЗАН ОШИБОЧНО:

1. удовлетворенность населения медицинской помощью, в том числе городского и сельского населения (процентов числа опрошенных);
2. смертность населения в трудоспособном возрасте (число умерших в трудоспособном возрасте на 100 тыс. человек населения);
3. материнская смертность (на 100 тыс. человек, родившихся живыми);
4. младенческая смертность, в том числе в городской и сельской местности (на 1000 человек, родившихся живыми);
5. доля охвата профилактическими медицинскими осмотрами детей, в том числе городских и сельских жителей.

15. КАКОЙ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КРИТЕРИЕВ ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, УСТАНОВЛЕННЫХ ПРОГРАММОЙ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ, УКАЗАН ОШИБОЧНО:

1. количество обоснованных жалоб, в том числе на отказ в оказании медицинской помощи, предоставляемой в рамках территориальной программы;
2. обеспеченность населения врачами (на 10 тыс. человек населения, включая городское и сельское население), в том числе оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях;
3. обеспеченность населения средним медицинским персоналом (на 10 тыс. человек населения, включая городское и сельское население), в том числе оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях;
4. доля охвата профилактическими медицинскими осмотрами детей, в том числе городских и сельских жителей;
5. доля пациентов, получивших специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, в общем числе пациентов, которым была оказана медицинская помощь в стационарных условиях в рамках территориальной программы ОМС.

16. КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В СЛЕДУЮЩИХ ФОРМАХ:

1. только государственный контроль;
2. только государственный и ведомственный контроль;
3. государственный, ведомственный и внутренний контроль;
4. государственный, ведомственный, внутренний и судебный контроль;
5. государственный, ведомственный, внутренний и личный контроль.

17. СИСТЕМА ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФУНКЦИОНИРУЕТ:

1. на территории Российской Федерации;
2. на территории субъекта Российской Федерации;
3. только в медицинских организациях государственной системы здравоохранения;
4. только в медицинских организациях частной системы здравоохранения;
5. в любых медицинских организациях всех форм собственности и ведомственной подчиненности.

18. ПОНЯТИЕ «КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ» ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ СЛЕДУЮЩИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ:

1. только своевременность оказания медицинской помощи;
2. только правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации;
3. только степень достижения запланированного результата;
4. своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата;
5. своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата, рациональное использование финансовых и материальных средств.

19. ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ НАЛИЧИЕ В МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ «ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ» КРИТЕРИЕМ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ?

1. Является, но только в случае оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях.
2. Является, но только в случае оказания медицинской помощи в стационарных условиях.
3. Является, но только в случае утверждения данного требования локальным нормативным актом медицинской организации.
4. Является в любом случае.
5. Не является.

20. ЧТО ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ТАКОЙ КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, КАК «УСТАНОВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА» ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ?

1. Достаточно только наличия клинического диагноза в медицинской документации.
2. Необходимо не только установление в течение 10 дней с момента обращения, но и обоснование клинического диагноза в медицинской документации.
3. Необходимо не только установление в течение 1 месяца с момента обращения, но и обоснование клинического диагноза в медицинской документации,
4. Установление клинического диагноза в течение 24 часов с момента обращения.
5. Установление клинического диагноза в течение 72 часов с момента обращения.

21. КАКИЕ СРОКИ УСТАНОВЛЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА УСТАНОВЛЕННЫ КАК КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ?

1. Установление клинического диагноза при поступлении пациента по экстренным показаниям не позднее 12 часов с момента поступления пациента в приемное отделение.
2. Установление клинического диагноза при поступлении пациента по экстренным показаниям не позднее 24 часов с момента поступления пациента в профильное отделение.
3. Установление клинического диагноза при поступлении пациента по экстренным показаниям не позднее 72 часов с момента поступления пациента в профильное отделение.
4. Установление клинического диагноза в течение 5 дней с момента поступления пациента в профильное отделение медицинской организации.
5. Сроки нормативно не установлены.

22. В СЛУЧАЕ ВЫЯВЛЕНИЯ НАРУШЕНИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ХОДЕ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМОЙ ЭКСПЕРТАМИ СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ:

1. штрафуются главный врач медицинской организации;
2. штрафуются лечащий врач, допустивший выявленные нарушения;
3. предъявляются финансовые санкции к медицинской организации;
4. экспертами страховых организаций выносится решение о привлечении к дисциплинарной ответственности главного врача;
5. экспертами страховых организаций выносится решение о привлечении к дисциплинарной ответственности лечащего врача.

23. СРОК ДЕЙСТВИЯ ЛИЦЕНЗИИ НА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ:

1. один год;
2. три года;

3. пять лет;
4. десять лет;
5. бессрочно.

24. ПЕРЕДАЧА СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ, ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И В УЧЕБНЫХ ЦЕЛЯХ, ДОПУСКАЕТСЯ:

1. с согласия пациента;
2. без согласия пациента, если этого требуют интересы науки и учебный процесс;
3. по согласованию с администрацией медицинской организации без получения согласия пациента;
4. в медицинских учреждениях, имеющих статус клиник;
5. передача этих сведений не допускается ни при каких обстоятельствах.

25. НОРМАТИВНЫМ ДОКУМЕНТОМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ПРАВОВОЙ СТАТУС ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА, ЯВЛЯЕТСЯ:

1. коллективный договор, заключенный между работодателем и коллективом работников медицинской организации;
2. правила внутреннего трудового распорядка медицинской организации;
3. Трудовой кодекс Российской Федерации;
4. Федеральный закон №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ";
5. Федеральный закон №326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании".

26. ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ МОЖЕТ ОТКАЗАТЬСЯ ОТ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТОМ И ЕГО ЛЕЧЕНИЯ:

1. по согласованию с руководителем медицинской организации, но только в случаях, если пациент нарушает внутренний распорядок медицинской организации;
2. по согласованию с руководителем медицинской организации, но только в случаях, если пациент написал необоснованную жалобу на врача;
3. по согласованию с руководителем медицинской организации, но только в случаях, если отказ непосредственно не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих;
4. без каких либо условий;
5. данное право лечащего врача законодательством не установлено.

27. В СЛУЧАЕ ТРЕБОВАНИЯ ПАЦИЕНТА О ЗАМЕНЕ ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА РУКОВОДИТЕЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:

1. имеет право отказать пациенту в его просьбе;
2. должен содействовать выбору пациентом другого врача в установленном приказом Минздрава России порядке;
3. должен направить пациента в департамент здравоохранения субъекта для решения вопроса;
4. должен направить пациента в ближайшую к его месту жительства (пребывания) медицинскую организацию для прикрепления к другому врачу;
5. законодательством данная ситуация не урегулирована.

Контролируемые компетенции: ОПК-3

1. РАЗВИТИЕ ПЕДАГОГИКИ ОПРЕДЕЛЯЕТ:

- 1) прогресс науки и техники.
- 2) биологический закон сохранения рода.
- 3) объективная потребность в подготовке человека к жизни и труду.
- 4) повышение роли воспитания в общественной жизни

5) социально- экономические преобразования.

2. ЗАКОНОМЕРНОСТИ ВОСПИТАНИЯ – ЭТО:

- 1) объективно существующие связи между педагогическими явлениями
- 2) адекватное отражение объективной действительности воспитательного процесса, обладающего устойчивыми свойствами
- 3) варианты организации конкретного воспитательного процесса
- 4) управление деятельностью учащихся при помощи разнообразных повторяющихся дел
- 5) совокупность педагогических мероприятий.

3. ДВИЖУЩАЯ СИЛА ВОСПИТАНИЯ:

- 1) противоречие индивидуального морального сознания
- 2) противоречие общественного развития
- 3) противоречие между умственным и физическим трудом
- 4) противоречие между имеющимся уровнем развития и новыми, более высокими потребностями
- 5) расхождение ценностных ориентаций

4. МЕТОДЫ ВОСПИТАНИЯ - ЭТО:

- 1) общие исходные положения, которыми руководствуется педагог
- 2) способы воздействия на сознание, волю, чувства, поведения воспитанников
- 3) предметы материальной и духовной культуры, которые используются для решения педагогических задач
- 4) внешнее выражение процесса воспитания
- 5) варианты организации конкретного воспитательного процесса

5. ФОРМА ВОСПИТАНИЯ – ЭТО:

- 1) организационная структура
- 2) педагогическое действие
- 3) мероприятие, в котором реализуются задачи
- 4) содержание и методы конкретного воспитательного процесса
- 5) воздействие на воспитуемых.

6. ПРИНЦИПЫ ОБУЧЕНИЯ - ЭТО:

- 1) приемы работы по организации процесса обучения
- 2) тезисы теории и практики обучения и образования
- 3) основные положения теории обучения
- 4) средства народной педагогики и современного педагогического процесса
- 5) условия педагогического процесса.

7. ЦЕЛОСТНЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС - ЭТО:

- 1) единство воспитания и обучения
- 2) взаимодействие школы, семьи и общественности
- 3) целенаправленный процесс взаимодействия учителя и учащихся
- 4) обучение и воспитание
- 5) совместная система всех институтов воспитания

8. ЭФФЕКТИВНЫЙ СТИЛЬ УПРАВЛЕНИЯ ПЕДАГОГИЧЕСКИМ ПРОЦЕССОМ:

- 1) нейтральный
- 2) либеральный
- 3) авторитарный
- 4) оппозиционный

5) демократический

9. СТРУКТУРНЫЕ КОМПОНЕНТЫ ОБУЧЕНИЯ:

- 1) целевой,
- 2) положительный
- 3) отрицательный
- 4) качественный
- 5) комплексный

10. ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ - ЭТО:

- 1) основные идеи, положенные в основу достижения педагогических целей
- 2) основные требования
- 3) исходные положения
- 4) руководство к действию
- 5) воспитательные возможности.

11. ДИДАКТИЧЕСКИМИ ПРИНЦИПАМИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) наглядность обучения
- 2) активизация межличностных отношений
- 3) познание закономерностей окружающей действительности
- 4) обеспечение конкурентоспособности
- 5) инновационность обучения

12. ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ НА:

- 1) общепредметные, предметные и модульные.
- 2) общепредметные, предметные, модульные и частнометодические.
- 3) общепредметные и предметные.
- 4) предметные и модульные.
- 5) интегративные и комбинированные.

13. ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА – ЭТО:

- 1) материальные объекты, предназначенные для организации и осуществления педагогического процесса
- 2) методы и приемы реализуемой педагогической технологии
- 3) формы организации обучения
- 4) организация учебного пространства
- 5) содержание педагогического процесса

14. ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ – ЭТО:

- 1) набор операций по конструированию, формированию и контролю знаний, умений, навыков и отношений в соответствии с поставленными целями.
- 2) инструментарий достижения цели обучения.
- 3) совокупность положений, раскрывающих содержание какой-либо теории, концепции или категории в системе науки.
- 4) устойчивость результатов, полученных при повторном контроле, а также близких результатов при его проведении разными преподавателями.
- 5) совокупность методов и приемов обучения

15. МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ – ЭТО:

- 1) способы совместной деятельности учителя и учащихся, направленные на решения задач обучения.

- 2) монологическая форма изложения, призвана ретранслировать систему социального опыта.
- 3) средство самообучения и взаимообучения.
- 4) пути познания объективной реальности в условиях многоаспектного рассмотрения гносеологических механизмов и познавательной активности учащихся.
- 5) условия обучения.

16. ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ИННОВАЦИИ - ЭТО:

- 1) нововведения в учебно - воспитательном процессе с целью повышения его эффективности
- 2) реализация культурно- исторического опыта предшествующих поколений
- 3) внедрение научно- исследовательских проектов
- 4) активизация мотивации к обучению
- 5) совокупность интерактивных методов обучения

17. СЛОВЕСНЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ:

- 1) беседа
- 2) демонстрация картин, иллюстраций
- 3) продуктивная деятельность
- 4) упражнения
- 5) компьютерные средства

18. НАГЛЯДНЫЕ СРЕДСТВА ОБУЧЕНИЯ:

- 1) опрос учащихся
- 2) рассматривание картин
- 3) тренинг
- 4) рассказ
- 5) объяснение

19. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ТЕОРИИ И ПРАКТИКЕ ВОСПИТАНИЯ:

- 1) деятельностный
- 2) синергитический
- 3) системный
- 4) интегративный
- 5) комплексный

20. НАУКА О НАРУШЕНИЯХ РЕЧИ, ИХ КОРРЕКЦИИ ПОСРЕДСТВОМ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ:

- 1) сурдопедагогика
- 2) тифлопедагогика
- 3) логопедия
- 4) олигофренопедагогика
- 5) дефектология

21. НАУКА О НАРУШЕНИЯХ СЛУХА ИХ КОРРЕКЦИИ ПОСРЕДСТВОМ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ:

- 1) сурдопедагогика
- 2) тифлопедагогика
- 3) логопедия
- 4) олигофренопедагогика
- 5) дефектология

22. НАУКА О НАРУШЕНИЯХ ЗРЕНИЯ ИХ КОРРЕКЦИИ ПОСРЕДСТВОМ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ:

- 1) сурдопедагогика
- 2) тифлопедагогика
- 3) логопедия
- 4) олигофренопедагогика
- 5) дефектология

23. ПРЕПОДАВАНИЕ – ЭТО:

- 1) передача учащимся знаний, умений, навыков
- 2) управление усвоением в рамках отдельных познавательных задач
- 3) управление учебно-познавательной деятельностью обучаемых
- 4) реализация принципа связи теории и практики
- 5) реализация принципа активности познавательной деятельностью обучаемых

24. КОНТРОЛЬ - ЭТО:

- 1) проверка результатов самообучения.
- 2) это обратная связь учителя с учеником в процессе преподавание
- 3) система оценочно-отметочной деятельности
- 4) механизм проверки знаний, умений, навыков учащихся.
- 5) метод обучения

25. ВИДЫ КОМПЕТЕНЦИЙ:

- 1) универсальные, общепрофессиональные, профессиональные
- 2) индивидуально – личностные
- 3) социологические
- 4) предметные
- 5) дисциплинарные

26. ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ СТАНДАРТ - ЭТО:

- 1) нормативно - правовой законодательный документ
- 2) основа формирования профессионализма
- 3) совокупность компетенций
- 4) регламентирующий проект
- 5) процесс обновления системы образования

Контролируемые компетенции: ОПК-4

1. ОДНИМ ИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИНДРОМА СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) температура тела $\leq 37^{\circ}\text{C}$
- 2) лейкоцитоз в общем анализе крови ≥ 12 тыс./мкл при количестве палочкоядерных элементов $\geq 10\%$.
- 3) лейкоцитоз в общем анализе крови ≥ 10 тыс./мкл при количестве палочкоядерных элементов $\geq 10\%$.
- 4) температура тела $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$

2. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ УРОВНЯ ДИСФУНКЦИИ ОДНОЙ ИЗ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ СИСТЕМ ОРГАНОВ В РАМКАХ ШКАЛЫ SOFA МАКСИМАЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТАВЛЯЕТ (В БАЛЛАХ)

- 1) 2
- 2) 1

- 3) 3
- 4) 4

3. О ПАТОЛОГИИ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ УВЕЛИЧЕНИЕ УРОВНЯ БИЛИРУБИНА

- 1) Непрямого
- 2) Прямого

4. ЛАБОРАТОРНЫМ ТЕСТОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ОЦЕНИТЬ ОБЩЕКОАГУЛЯЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ КРОВИ ЯВЛЯЕТСЯ ТЕСТ ПО

- 1) Дюке
- 2) Сухареву
- 3) Моравицу
- 4) Ли-Уайту

5. ПОЗВОЛЯЮТ ДОСТОВЕРНО ОТЛИЧИТЬ ИСТИННУЮ МЕЛЕНУ ОТ ЛОЖНОЙ

- 1) Определение гемоглобина в стуле
- 2) Длительность кровотечения
- 3) Клиника
- 4) Данные анамнеза

6. ЗАБОЛЕВАНИЕ, КОТОРОЕ ВЫЗЫВАЕТ ПЕРВООЧЕРЕДНУЮ НЕОБХОДИМОСТЬ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СВЯЗИ С НАИБОЛЬШЕЙ УГРОЗОЙ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЮ, ЛИБО СТАНОВИТСЯ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ, ЯВЛЯЕТСЯ _____ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

- 1) прогрессирующим
- 2) сопутствующим
- 3) основным
- 4) рецидивирующим

7. Симптом – это:

- 1) сочетание патологических и защитно-приспособительных реакций в тканях, органах и организме, выраженное или еще не выраженное клинически;
- 2) статистически значимое отклонение показателя жизнедеятельности организма от нормальных значений или возникновение качественно нового, не свойственного здоровому организму явления;
- 3) ощущения больного;
- 4) ряд клинических, патофизиологических, биохимических, морфологических изменений, обусловленных общим патогенезом;

8. К общеклиническим методам обследования относятся:

- 1) расспрос, осмотр
- 2) пальпация, перкуссия
- 3) аускультация
- 4) все ответы верны

9. Синдром – это:

- 1) сочетание патологических и защитно-приспособительных реакций в тканях, органах и организме, выраженное или еще не выраженное клинически;
- 2) статистически значимое отклонение показателя жизнедеятельности организма от нормальных значений или возникновение качественно нового, не свойственного здоровому организму явления;

- 3) ощущения больного;
- 4) ряд клинических, патофизиологических, биохимических, морфологических изменений, обусловленных общим патогенезом;

10. Увеличение подчелюстных лимфатических узлов имеет место при патологических процессах:

- 1) в миндалинах и полости рта;
- 2) при поражении наружного и среднего уха;
- 3) при патологии в области волосистой части головы;
- 4) при поражении щитовидной железы

Контролируемые компетенции: ОПК-5

1. ПОЗВОЛЯЮТ ДОСТОВЕРНО ОТЛИЧИТЬ ИСТИННУЮ МЕЛЕНУ ОТ ЛОЖНОЙ

1. Определение гемоглобина в стуле
2. Длительность кровотечения
3. Клиника
4. Данные анамнеза

2. ИНТОКСИКАЦИЯ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ ВОЗМОЖНА ПРИ СОЧЕТАНИИ ИХ С

- 1) анаприлином
- 2) холестираминном
- 3) препаратами калия
- 4) препаратами кальция

3. К КАЛИЙ СБЕРЕГАЮЩИМ ДИУРЕТИКАМ ОТНОСИТСЯ:

- 1) маннитол
- 2) фуросемид
- 3) спиронолактон (верошпирон)
- 4) этакриновая кислота (урегит)

4. ПРИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С ОТЕКОМ ЛЕГКИХ ИЗ УКАЗАННЫХ ДИУРЕТИКОВ НЕОБХОДИМО ВЫБРАТЬ

- 1) маннитол
- 2) фуросемид
- 3) ацетазоламид (диакарб)
- 4) спиронолактон (верошпирон)

5. ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, РЕФРАКТЕРНОЙ К ЛЕЧЕНИЮ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ, ПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ

- 1) дофамина
- 2) вазодилататоров
- 3) повышенной дозы сердечных гликозидов
- 4) пониженной дозы сердечных гликозидов

6. ИЗ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫХ ЦЕФАЛОСПОРИНОВ ОДНОКРАТНО В СУТКИ МОЖЕТ ВВОДИТСЯ ТОЛЬКО

- 1) цефазолин
- 2) цефотаксим
- 3) цефуросим
- 4) цефтриаксон

7. ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) аритмия
- 2) возбуждение ЦНС
- 3) диapedезные кровоизлияния в полости рта
- 4) кратковременное нарушение аккомодации при попадании в глаза

8. ЧЕРЕЗ ГЕМАТОЭНЦЕФАЛИЧЕСКИЙ БАРЬЕР ХОРОШО ПРОНИКАЕТ

- 1) цефазолин
- 2) цефтриаксон
- 3) гентамицин
- 4) эритромицин

9. ОБЩИЙ КЛИРЕНС - ЭТО:

- 1) объем крови, который полностью очищается от ЛС в единицу времени;
- 2) мера длительности нахождения лекарственного препарата в организме;
- 3) скорость кровотока через почки;
- 4) скорость метаболизма лекарства в печени;
- 5) скорость удаления лекарств из крови в ткани.

10. БИОДОСТУПНОСТЬ - ЭТО:

- 1) накопление лекарственного препарата, поступившего в системный кровоток;
- 2) накопление терапевтических эффектов лекарственного препарата;
- 3) доля препарата, достигшая системного кровотока;
- 4) доля препарата, связавшегося с белками плазмы.

11. ПЕРИОД ПОЛУВЫВЕДЕНИЯ - ЭТО:

- 1) время, за которое концентрация препарата в плазме крови уменьшается в два раза;
- 2) время, за которое эффективность препарата уменьшается в два раза;
- 3) время, за которое концентрация препарата в плазме крови повышается в два раза;
- 4) время, за которое эффективность препарата повышается в два раза;
- 5) время, за которое объем распределения уменьшается в два раза.

12. ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РЕАКЦИЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) пожилой возраст;
- 2) тяжелое состояние больного;
- 3) одновременное назначение нескольких лекарственных средств;
- 4) генетическая предрасположенность;
- 5) все вышеперечисленное верно.

13. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ РЕАКЦИЕЙ, ПРИВОДЯЩЕЙ К ЛЕТАЛЬНОМУ ИСХОДУ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) анафилактический шок;
- 2) желудочно-кишечное кровотечение;
- 3) агранулоцитоз;
- 4) коллапс.

14. ПОЛНЫЙ АГОНИСТ - ЭТО ПРЕПАРАТ, КОТОРЫЙ:

- 1) дает более высокий эффект, по сравнению с другими агонистами этой же группы рецепторов;

- 2) защищает рецепторы от действия антагонистов;
- 3) заполняет весь объем распределения;
- 4) в больших дозах дает более выраженный эффект.

15. КОНКУРЕНТНЫЙ АНТАГОНИСТ - ЭТО:

- 1) препарат, сочетающий меньшую стоимость с большей эффективностью;
- 2) препарат, который при одинаковой эффективности оказался дешевле, чем все аналогичные средства;
- 3) препарат, блокирующее действие которого на рецепторы ослабевает в присутствии высоких концентраций агониста;
- 4) препарат, блокирующее действие которого на рецепторы не ослабевает в присутствии высоких концентраций агониста.

16. ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ГОЛОВНОЙ БОЛИ, ВОЗМОЖНОЙ ПРИ ПРИЕМЕ НИТРОГЛИЦЕРИНА, РЕКОМЕНДУЮТ ПРИЕМ:

- 1) ингибиторов АПФ;
- 2) препаратов, содержащих ментол;
- 3) диуретиков;
- 4) аспирина.

Контролируемые компетенции: ОПК-6

1. ПЕРЕЧЕНЬ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ОПРЕДЕЛЯЕТ

- 1) Правительство Российской Федерации
- 2) Росздравнадзор
- 3) Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
- 4) Пенсионный фонд Российской Федерации

2. РЕАБИЛИТАЦИЯ - ЭТО

- 1) комплекс медицинских мероприятий, направленных на восстановление социального статуса больных
- 2) система медицинских, социальных, психологических, педагогических, профессиональных и др. мероприятий
- 3) деятельность коллектива медицинских, социальных работников и педагогов
- 4) комплекс социально-психологических мероприятий, направленных на восстановление социального статуса

3. РЕАБИЛИТАЦИЯ НАПРАВЛЕНА

- 1) на борьбу с факторами риска
- 2) на предупреждение возникновения заболеваний
- 3) на возвращение (реинтеграцию) больных и инвалидов в общество, восстановление их трудоспособности
- 4) на возвращение к профессии

4. НАЗОВИТЕ АСПЕКТЫ, НА КОТОРЫХ БАЗИРУЕТСЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

- 1) медицинский, социальный, психологический, профессиональный
- 2) физический, психический, социально-экономический;
- 3) профессиональный, социальный, психологический;
- 4) экономический, юридический, социальный

5. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ОБЩИЕ ПРАВИЛА ПРОВЕДЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

- 1) раннее начало и непрерывность; индивидуальный подход; комплексный характер, проведение в коллективе
- 2) комплексность и непрерывность
- 3) проведение в коллективе
- 4) эффективность

6. НАЗОВИТЕ ЭТАПЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

- 1) превентивный; поликлинический; стационарный, санаторно-курортный, метаболический
- 2) поликлинический, санаторно-курортный, метаболический
- 3) превентивный; поликлинический; стационарный, метаболический
- 4) превентивный; поликлинический, санаторно-курортный, метаболический

7. КАТЕГОРИИ ЛИЦ УЧАСТВУЮЩИХ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПРОЦЕССЕ

- 1) медицинские работники; психологи; специалисты по социальной работе; экономисты
- 2) педагоги, социальные работники;
- 3) психологи, юристы, социологи
- 4) врачи, юристы, экономисты.

8. ЗАДАЧЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) восстановление социального статуса больного
- 2) спасение жизни больного; предупреждение осложнений
- 3) активная трудовая реабилитация
- 4) психологическая адаптация

9. КАКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ ВХОДЯТ В СИСТЕМУ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ:

- 1) центры социальной защиты
- 2) реабилитационные отделения ЦСО
- 3) служба занятости населения
- 4) отделения восстановительного лечения стационаров и поликлиник

10. ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРГАН, ЗАНИМАЮЩИЙСЯ РЕАБИЛИТАЦИЕЙ ИНВАЛИДОВ В МАСШТАБЕ ГОСУДАРСТВА:

- 1) Правительство РФ
- 2) МЗ РФ
- 3) Государственная служба реабилитации инвалидов
- 4) агентство социальной защиты населения

11. ВЫБЕРИТЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ СРЕДСТВА РЕАБИЛИТАЦИИ:

- 1) психологическая коррекция и методы физической терапии
- 2) клубные формы работы
- 3) спортивные мероприятия
- 4) интенсификация образовательной деятельности

12. МЕТОДИКА РЕАБИЛИТАЦИИ, ЗАНИМАЮЩАЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЕ МЕСТО МЕЖДУ МЕДИКАМЕНТОЗНЫМИ И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫМИ СПОСОБАМИ ВОЗДЕЙСТВИЯ – ЭТО:

- 1) музыкотерапия
- 2) ароматерапия

- 3) озокеритотерапия
- 4) кинезиотерапия
- 5) светотерапия

13. КЕНЗО КАЗЕ РАЗРАБОТАЛ АВТОРСКУЮ ПРОГРАММУ РЕАБИЛИТАЦИИ, КОТОРАЯ ПОЛУЧИЛА НАЗВАНИЕ

- 1) тейпирование
- 2) бэби-йога
- 3) бобат-терапия
- 4) шумолечение
- 5) озокеритотерапия

Контролируемые компетенции: ОПК-7

1. БЛАНКИ ЛИСТКОВ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ ДОКУМЕНТАМИ

- 1) особо важной отчетности
- 2) бухгалтерской отчетности
- 3) строгой отчетности
- 4) финансовой отчетности

2. РАБОТНИК УВОЛЕН С ПРЕДПРИЯТИЯ ПО СОБСТВЕННОМУ ЖЕЛАНИЮ. В 18 ЧАСОВ ТОГО ЖЕ ДНЯ ОБРАЩАЕТСЯ В ПОЛИКЛИНИКУ. ВРАЧ КОНСТАТИРУЕТ ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ. КАКОЙ ДОКУМЕНТ ДОЛЖЕН СФОРМИРОВАТЬ (ВЫДАТЬ) ВРАЧ?

- 1) листок нетрудоспособности
- 2) справку произвольной формы с указанием времени обращения
- 3) никакой
- 4) справку ф. 095/у

3. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ФОРМИРУЕТСЯ (ВЫДАЕТСЯ) ЛИЦАМ, У КОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЛИ ТРАВМА НАСТУПИЛИ В ТЕЧЕНИЕ _____ СО ДНЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ РАБОТЫ ПО ТРУДОВОМУ ДОГОВОРУ

- 1) 40 дней
- 2) 30 дней
- 3) 3 месяцев
- 4) 2 месяцев

4. В СЛУЧАЕ УСТАНОВЛЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПАЦИЕНТУ, ПРИЕХАВШЕМУ ИЗ РОСТОВА В МОСКВУ И ОБРАТИВШЕМУСЯ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

- 1) справка установленного образца
- 2) формируется (выдается) листок нетрудоспособности
- 3) листок нетрудоспособности не формируется (не выдается)
- 4) справка произвольной формы

5. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ИМЕЕТ ПРАВО ФОРМИРОВАТЬ

- 1) врач скорой помощи
- 2) лечащий врач
- 3) врач приемного покоя больницы
- 4) судебно-медицинский эксперт

6. ВРАЧИ, ЗАНИМАЮЩИЕСЯ ЧАСТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКОЙ, ИМЕЮТ ПРАВО ФОРМИРОВАТЬ (ВЫДАВАТЬ) ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ НАЛИЧИИ ЛИЦЕНЗИИ НА МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, В Т.Ч. РАБОТЫ (УСЛУГИ) ПО

- 1) экспертизе временной нетрудоспособности
- 2) медицинскому освидетельствованию на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)
- 3) медицинскому освидетельствованию на выявление ВИЧ-инфекции
- 4) медицинской статистике

7. ПРИ ЗАПОЛНЕНИИ РАЗДЕЛА ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ «ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ» СТРОКИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ «МЕСТО РАБОТЫ - НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ», «ОСНОВНОЕ», «ПО СОВМЕСТИТЕЛЬСТВУ N»

- 1) не заполняется
- 2) заполняется со слов гражданина
- 3) заполняется на основании памятки, выданной работодателем, с указанием правильного названия организации
- 4) заполняется работодателем

8. ВРАЧЕБНАЯ КОМИССИЯ ПРОДЛЕВАЕТ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ СРОКАХ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ БОЛЕЕ _____ ДНЕЙ

- 1) 7
- 2) 10
- 3) 14
- 4) 15

9. ПРИ НАЛИЧИИ ОШИБОК В ЗАПОЛНЕНИИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЛИБО В СВЯЗИ С ЕГО ПОРЧЕЙ ИЛИ УТЕРЕЙ ПО РЕШЕНИЮ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ВЗАМЕН РАНЕЕ ВЫДАННОГО ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

- 1) оформляется копия листка нетрудоспособности с внесенными в нее исправлениями
- 2) оформляется дубликат листка нетрудоспособности
- 3) допускается выдача дубликата листка нетрудоспособности
- 4) выписка из протокола врачебной комиссии

10. ПРИ ВЫДАЧЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА БУМАЖНОМ НОСИТЕЛЕ В СЛУЧАЯХ, ПРЕДУСМОТРЕННЫХ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И НАЛИЧИИ ОШИБОК В ЗАПОЛНЕНИИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, ЛИБО В СВЯЗИ С ЕГО ПОРЧЕЙ ИЛИ УТЕРЕЙ ПО РЕШЕНИЮ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ВЗАМЕН РАНЕЕ ВЫДАННОГО ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

- 1) оформляется выписка из протокола врачебной комиссии
- 2) оформляется копия листка нетрудоспособности с внесенными в нее исправлениями
- 3) оформляется дубликат листка нетрудоспособности
- 4) допускается выдача дубликата листка нетрудоспособности

11. ИНВАЛИДНОСТЬ - ЭТО:

- 1) стойкая и длительная утрата трудоспособности
- 2) ограничения жизнедеятельности, приводящие к необходимости социальной защиты
- 3) состояние ограниченной функциональной активности организма;
- 4) потребность в медико-социальной помощи

12. КРИТЕРИИ СЛУЖАЩИЕ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ I ГРУППЫ ИНВАЛИДНОСТИ:

- 1) способность к самообслуживанию II степени
- 2) способность к передвижению и ориентации III степени
- 3) способность к ориентации I степени
- 4) способность к занятиям легкими видами спорта

13. КРИТЕРИИ СЛУЖАЩИЕ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ II ГРУППЫ ИНВАЛИДНОСТИ:

- 1) способность к самообслуживанию и ориентации II степени
- 2) способность к обучению в общих учебных заведениях
- 3) способность к ориентации I степени
- 4) способность к общению I степени

14. ОБЯЗАННОСТИ, ВОЗЛАГАЮЩИЕСЯ НА ГОСУДАРСТВЕННУЮ СЛУЖБУ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ:

- 1) лечение и реабилитация инвалидов
- 2) определение группы инвалидности, ее причины и сроков
- 3) оказание медико-социальной помощи
- 4) социальная защита инвалидов

Контролируемые компетенции: ОПК-8

1. О КАЧЕСТВЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ПОКАЗАТЕЛЬ

- 1) отношения числа пациентов, которым проведена трансплантация почки, к числу нуждающихся
- 2) текучести кадров
- 3) охвата прикрепленного населения профилактическими медицинскими осмотрами
- 4) занятости койки в стационаре, в который госпитализируется прикрепленное население

2. ПРИ ОЦЕНКЕ МОТИВАЦИИ К КУРЕНИЮ ПАЦИЕНТ ОТВЕЧАЕТ «ВСЕГДА» НА СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ: «Я ЗАКУРИВАЮ СИГАРЕТУ, КОГДА ЗЛЮСЬ НА КОГО-НИБУДЬ», «КОГДА Я ЧУВСТВУЮ СЕБЯ НЕКОМФОРТНО ИЛИ РАССТРОЕН(А), Я ЗАКУРИВАЮ СИГАРЕТУ», «КОГДА Я ПОДАВЛЕН(А) ИЛИ ХОЧУ ОТВЛЕЧЬСЯ ОТ ЗАБОТ И ТРЕВОГ, Я ЗАКУРИВАЮ СИГАРЕТУ». ОЦЕНИТЕ ТИП КУРИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ:

- 1) расслабление
- 2) игра
- 3) стимуляция
- 4) поддержка
- 5) рефлекс

3. ПРИ ОЦЕНКЕ МОТИВАЦИИ К КУРЕНИЮ ПАЦИЕНТ ОТВЕЧАЕТ «ВСЕГДА» НА СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ: «Я ЗАКУРИВАЮ СИГАРЕТУ, КОГДА ЗЛЮСЬ НА КОГО-НИБУДЬ», «КОГДА Я ЧУВСТВУЮ СЕБЯ НЕКОМФОРТНО ИЛИ РАССТРОЕН(А), Я ЗАКУРИВАЮ СИГАРЕТУ», «КОГДА Я ПОДАВЛЕН(А) ИЛИ ХОЧУ ОТВЛЕЧЬСЯ ОТ ЗАБОТ И ТРЕВОГ, Я ЗАКУРИВАЮ СИГАРЕТУ». ПРЕДЛОЖИТЕ ПАЦИЕНТУ ЗАМЕСТИТЕЛЬНЫЕ ВАРИАНТЫ ПОВЕДЕНИЯ.

- 1) Вести дневник курения
- 2) Водные процедуры, прогулки
- 3) Имитировать сигарету карандашом
- 4) Пить больше кофе
- 5) Отказываться от компании курильщиков

4. С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ НАИБОЛЬШЕЕ ВЛИЯНИЕ НА СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА И ЛИПОПРОТЕИДОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ В КРОВИ ОКАЗЫВАЕТ:

- 1) снижение избыточной массы тела
- 2) снижение потребления насыщенных жирных кислот
- 3) повышение уровня физической активности
- 4) снижение потребления экзогенного холестерина

5. ОДНИМ ИЗ ВАЖНЕЙШИХ НАПРАВЛЕНИЙ ПРОФИЛАКТИКИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ЗОЖ
- 2) охрана окружающей среды
- 3) вакцинация
- 4) экологическая безопасность

6. ЗОЖ ВКЛЮЧАЕТ:

- 1) охрану окружающей среды
- 2) улучшение условий труда
- 3) доступность квалифицированной мед. помощи
- 4) все ответы верны

7. ПРИНЦИПЫ СПОСОБСТВУЮЩИЕ СОХРАНЕНИЮ И УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ:

- 1) научность
- 2) объективность
- 3) массовость
- 4) все ответы верны

8. УСТНЫМ МЕТОДОМ ПРОПАГАНДЫ ЗОЖ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) повседневное общение с окружающими
- 2) лекция
- 3) аудиозаписи
- 4) диалог с врачом

9. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФАКТОРОВ ОКАЗЫВАЮТ НАИБОЛЬШЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ИНДИВИДУАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА?

- 1) биологические
- 2) окружающая среда
- 3) служба здоровья
- 4) индивидуальный образ жизни

10. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ КОМПОНЕНТОМ ЗОЖ?

- 1) чтение книг
- 2) посещение лекций
- 3) занятия спортом
- 4) употребление в пищу овощей

11. ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ – ЭТО

- 1) Занятия физической культурой
- 2) Перечень мероприятий, направленных на укрепление и сохранение здоровья
- 3) Индивидуальная система поведения, направленная на сохранение и укрепление здоровья
- 4) Лечебно-оздоровительный комплекс мероприятий

12. ОЖИРЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЯ:

- 1) ХОБЛ
- 2) ОРЗ
- 3) ВИЧ
- 4) ИБС

13. КУРЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЯ:

- 1) артроз
- 2) остеохондроз
- 3) лямблиоз
- 4) атеросклероз

14. К ПЕРВИЧНЫМ ФАКТОРАМ РИСКА ОТНОСИТСЯ:

- 1) ожирение;
- 2) гипертензия;
- 3) сахарный диабет;
- 4) курение.

15. ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА — СИСТЕМА МЕР, НАПРАВЛЕННЫХ НА:

- 1) своевременное лечение воспалительного процесса;
- 2) реабилитацию больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности;
- 3) предупреждение возникновения и воздействия факторов риска развития заболеваний.
- 4) организация и проведение диспансеризации.

16. ТРЕТИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА — КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА:

- 1) предупреждение воздействия факторов риска на организм человека;
- 2) реабилитацию больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности;
- 3) предупреждение возникновения факторов риска развития заболеваний.

17. К АКТИВНЫМ ФОРМАМ САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ ОТНОСИТСЯ:

- 1) научно-популярная литература;
- 2) доклад;
- 3) посещение выставки;
- 4) просмотр кинофильмов.

18. ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА:

- 1) предупреждение развития заболеваний у здоровых людей;
- 2) выявление заболеваний на ранних стадиях развития;
- 3) проведение мероприятий, направленных на компенсацию ограничений жизнедеятельности;
- 4) организация и проведение диспансеризации.

19. К ПАССИВНЫМ ФОРМАМ САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ ОТНОСИТСЯ:

- 1) санбюллетень;
- 2) лекция;
- 3) беседа;
- 4) доклад.

Контролируемые компетенции: ОПК-9

1. КАКИЕ СУЩЕСТВУЮТ ВИДЫ ИСТОЧНИКОВ ПЕРСОНАЛА ДЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ?

1. Первичные и вторичные.
2. Основные и дополнительные.
3. Прямые и косвенные.
4. Внутренние и внешние.
5. Все вышеперечисленное верно

2. ПОД ТЕКУЧЕСТЬЮ ПЕРСОНАЛА В ОРГАНИЗАЦИИ ПОНИМАЕТСЯ

1. все виды увольнений из организации;
2. увольнение по собственному желанию
3. увольнения по собственному желанию и инициативе работодателя как мере дисциплинарного взыскания;
4. увольнения по инициативе работодателя по любым основаниям;
5. увольнение по собственному желанию и по сокращению штатов.

3. В КАКОЙ СИТУАЦИИ ВЫ ПРИМЕТЕ САМОЕ РИСКОВАННОЕ РЕШЕНИЕ:

1. под руководством вышестоящего лица
2. действуя в одиночку
3. находясь в группе
4. с деловым партнером

4. ЧЛЕН ГРУППЫ, ЗА КОТОРЫМ ОНА ПРИЗНАЕТ ПРАВО ПРИНИМАТЬ ОТВЕТСТВЕННЫЕ РЕШЕНИЯ В ЗНАЧИМЫХ ДЛЯ НЕЕ СИТУАЦИЯХ:

1. преподаватель
2. руководитель
3. авторитет
4. лидер

5. ИНДИВИД, КОТОРЫЙ НАДЕЛЕН ВЛАСТЬЮ НАГРАЖДАТЬ И НАКАЗЫВАТЬ ДРУГИХ ЧЛЕНОВ СВОЕЙ ГРУППЫ:

1. авторитет
2. лидер
3. руководитель
4. преподаватель

6. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ИМЕЕТ ОТНОШЕНИЕ К СТРАТЕГИЯМ ПОВЕДЕНИЯ В КОНФЛИКТЕ:

1. уступка, уход, сотрудничество
2. компромисс, критика, борьба
3. борьба, уход, убеждение

7. ЧТО ОТНОСИТСЯ К ПОВЕДЕНЧЕСКИМ КОНФЛИКТОГЕНАМ:

1. проявление агрессии, превосходства, эгоизма
2. редукция сознательной части психики
3. общение с конфликтными личностями

Контролируемые компетенции: ОПК-10

1. СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПЕРИОДА КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ У ВЗРОСЛЫХ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ВНЕЗАПНОЙ ОСТАНОВКЕ СЕРДЦА ПРИ НОРМАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЕ ТЕЛА И ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ СОСТАВЛЯЕТ

1. от тридцати секунд до одной минуты
2. от трех до пяти минут
3. от восьми до десяти минут
4. определенное время до появления достоверных признаков биологической смерти

2. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ МЕХАНИЗМОМ ОСТАНОВКИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

1. фибрилляция желудочков
2. желудочковая двунаправленная-веретенообразная тахикардия
3. электромеханическая диссоциация
4. асистолия
5. брадикардия с ЧСС менее 30 ударов в минуту

3. К ОДНОМУ ИЗ КЛЮЧЕВЫХ ПОЛОЖЕНИЙ СОВРЕМЕННЫХ ПРОТОКОЛОВ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ У ВЗРОСЛЫХ ОТНОСИТСЯ

1. недопустимость гипервентиляции
2. приоритет вентиляции над непрямым массажем сердца
3. применение электродефибрилляции вне зависимости от механизма остановки сердца (асистолия, фибрилляция, ЭМД)
4. приоритет внутрикостного введения лекарственных препаратов
5. приоритет эндотрахеального введения лекарственных препаратов

4. ПРОВЕРКА НАЛИЧИЯ ПУЛЬСА НА МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЯХ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА КЛИНИЧЕСКУЮ СМЕРТЬ ДОЛЖНА ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ В ТЕЧЕНИЕ

1. 3-5 секунд
2. 10 секунд
3. 20 секунд
4. одной минуты

5. ПЕРВЫМ ЭТАПОМ КОМПЛЕКСА СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ У ВЗРОСЛЫХ ПРИ ОТСУТСТВИИ ДЕФИБРИЛЯТОРА ЯВЛЯЕТСЯ

1. обеспечение и поддержание проходимости ВДП
2. осуществление искусственной вентиляции легких
3. осуществление компрессий грудной клетки
4. внутривенное или внутрикостное введение адреналина
5. выполнение тройного приема Сафара

6. ЧАСТОТА КОМПРЕССИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ

1. от 100 до 120 в одну минуту
2. от 80 до 100 в одну минуту
3. более 120 за одну минуту
4. не менее 150 за одну минуту у детей раннего возраста

7. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПАССИВНОГО ВЫДОХА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ БЕЗАППАРАТНЫМИ МЕТОДАМИ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ

1. одну секунду

2. две-три секунды
3. не более двух секунд
4. длительность принципиального значения не имеет

8. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ БАЗОВОЙ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ОДНИМ ЧЕЛОВЕКОМ ПРИ НЕВОЗМОЖНОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1. осуществление кониотомии или трахеотомии подручными средствами с последующим проведением ИВЛ и компрессий грудной клетки
2. выполнение форсированных экспираторных вдохов значительно большим объемом воздуха с последующим проведением компрессий грудной клетки
3. не выполнение никаких действий до приезда специалистов, которые обеспечат проходимость дыхательных путей и начнут расширенную реанимацию
4. выполнение только компрессий грудной клетки с частотой от 100 до 120 в минуту без перерывов на ИВЛ

9. СТАРТОВЫЙ (ПЕРВЫЙ) РАЗРЯД БИФАЗНОГО РУЧНОГО ДЕФИБРИЛЛЯТОРА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ У ДЕТЕЙ ДОЛЖЕН СОСТАВЛЯТЬ

1. 360 Дж
2. не более 120 Дж
3. 2 Дж/кг
4. 4-6 Дж/кг
5. 8 Дж/кг

10. В СООТВЕТСТВИИ С СОВРЕМЕННЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ РЕКОМЕНДАЦИЯМИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ДЛЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДОСТУП

1. внутривенный или внутрикостный
2. внутривенный или эндотрахеальный
3. внутримышечный или внутривенный
4. внутривенный или внутрисердечный

11. ВЕДУЩЕЙ ПРИЧИНОЙ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У ВЗРОСЛЫХ ВО ВСЕМ МИРЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1. кардиальная патология
2. патология центральной нервной системы
3. травматическая болезнь
4. патология, возникающая при острых экзогенных отравлениях
5. онкопатология

12. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭФФЕКТИВНЫХ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПАЦИЕНТ ДОЛЖЕН НАХОДИТЬСЯ

1. в том положении, в котором был обнаружен (нельзя изменять положение пациента)
2. в стабильном боковом положении для предотвращения нарушений проходимости верхних дыхательных путей
3. в обязательном порядке в положении с приподнятыми ногами
4. в горизонтальном положении на спине

13. ГЛУБИНА КОМПРЕССИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ

1. от 5 до 6 см
2. от 3 до 4 см
3. от 9 до 10 см
4. более 10 см

14. СООТНОШЕНИЕ КОМПРЕССИЙ / ДЕКОМПРЕССИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ДОЛЖНО БЫТЬ СЛЕДУЮЩИМ

1. продолжительность компрессий и декомпрессий может варьировать
2. продолжительность компрессий и декомпрессий одинакова
3. компрессия длится дольше, чем декомпрессия (приблизительно в 2 раза)
4. декомпрессия длится дольше, чем компрессия (приблизительно в 2 раза)
5. три к одному

15. ВЫПОЛНЕНИЕ ТРОЙНОГО ПРИЕМА САФАРА ПОДРАЗУМЕВАЕТ

1. открывание рта, удаление съемных зубных протезов, санацию ротоглотки
2. запрокидывание головы, открывание рта, удаление съемных зубных протезов
3. запрокидывание головы, выдвижение нижней челюсти, интубацию трахеи
4. запрокидывание головы, выдвижение нижней челюсти, открывание рта

16. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ НЕЛЬЗЯ ПРИКАСАТЬСЯ К ПАЦИЕНТУ ВО ВРЕМЯ

1. процесса наложения электродов дефибриллятора
2. анализа дефибриллятором сердечного ритма
3. в течение 10 секунд после нанесения дефибриллятором электрического разряда
4. осуществления пациенту экспираторного вдоха
5. любой из перечисленных манипуляций

17. НАИБОЛЕЕ НАДЕЖНЫМ МЕТОДОМ ВОССТАНОВЛЕНИЯ И ПОДДЕРЖАНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1. интубация трахеи
2. применение S-образного воздуховода
3. применение Г-образного воздуховода
4. применение ларингеальной маски
5. применение комбинированной пищеводно-трахеальной трубки

18. СТАРТОВАЯ ДОЗА АДРЕНАЛИНА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ВЗРОСЛЫХ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ

1. 5 мг
2. 10 мг
3. 1 мг
4. 1 мг/кг
5. 0,1 мг

19. ОПТИМАЛЬНЫМ СООТНОШЕНИЕМ КОМПРЕССИЙ / ВЕНТИЛЯЦИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ У ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

1. любое соотношение
2. два к пятнадцати
3. один к пяти или два к пятнадцати (что зависит от числа реаниматоров)

4. тридцать к двум

20. КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ ЯВЛЯЕТСЯ / ЯВЛЯЮТСЯ

1. резкое снижение вольтажа зубцов по электрокардиограмме
2. отсутствие пульса на магистральных артериях
3. снижение систолического артериального давления
4. нитевидный пульс либо глухость тонов сердца аускультативно
5. все ответы правильные

21. ПРОВЕРКА НАЛИЧИЯ И АДЕКВАТНОСТИ ДЫХАНИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА КЛИНИЧЕСКУЮ СМЕРТЬ ДОЛЖНА ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ

1. по принципу «вижу-слышу-ощущаю»
2. только аускультативно с применением фонендоскопа
3. методом поднесения зеркала к носу и ко рту пациента
4. с помощью ватки или перышка, поднесенного к носу и ко рту пациента

22. РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ПРЕКРАЩАЮТСЯ

1. при неэффективности реанимации в течение 30 минут
2. при неэффективности реанимации в течение 15-20 минут
3. при отсутствии сердцебиения по истечении 10 минут с начала проведения реанимационных мероприятий в полном объеме
4. при возникновении осложнений во время проведения СЛР

23. СЕЛЕКТИВНЫМ ЛЕГОЧНЫМ ВАЗОДИЛАТАТОРОМ ЯВЛЯЕТСЯ

1. нитроглицерин
2. нитропруссид натрия
3. оксид азота
4. сульфат магния

24. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ КАРДИОГЕННОГО ОТЕКА ЛЕГКИХ?

1. скудная, стекловидная, отходящая с трудом мокрота
2. обильная пенистая мокрота
3. заболевания легких в анамнезе
4. относительно молодой возраст пациента

25. ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ АДРЕНАЛИНА ГИДРОХЛОРИДА ВЫЗЫВАЕТ

1. снижение сократимости миокарда
2. повышение сократимости миокарда
3. умеренное повышение температуры тела
4. умеренное снижение артериального давления

26. ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ, ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АНАФИЛАКСИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. преднизолон
2. эпинефрин
3. гидрокортизон
4. хлорпирарамин

27. КЛЮЧЕВОЕ ЗВЕНО ПАТОГЕНЕЗА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

1. глюкокортикоидная недостаточность
2. повышенная чувствительность альфа-адренорецепторов
3. повышенное содержание гистамина
4. гиперреактивность бронхов

28. ПРИНЦИПАМИ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. восстановление проходимости верхних дыхательных путей
2. санация мокроты
3. кислородотерапия
4. коррекция сопутствующих нарушений функции органов и систем
5. все перечисленное

29. ПРИ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

1. инсулинотерапия в режиме «больших доз»
2. введение катехоламинов
3. введение глюкокортикоидов
4. коррекция ацидоза гидрокарбонатом натрия
5. регидратация

30. У БОЛЬНОГО С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ СУДОРОЖНЫМ ПРИПАДКОМ НА МЕСТЕ НЕОБХОДИМО

1. предупредить травму головы и туловища (укладкой, поддержкой).
2. измерить артериальное давление и в случае высокой гипертензии ввести гипотензивные средства.
3. начать инфузионную терапию.

Контролируемые компетенции: ПК-1

ПК-1.1

1. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕКЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ) ЯВЛЯЕТСЯ ПРОБА С

1. метирапоном
2. дексаметазоном
3. инсулиновой гипогликемией
4. синактеном

2. ОЦЕНКА ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ ОЖИРЕНИИ У ДЕТЕЙ ПРОВОДИТСЯ С ПОМОЩЬЮ

1. суточного мониторинга уровня гликемии
2. определения уровня инсулина и проинсулина в сыворотке крови
3. определения соотношения триглицеридов и инсулина в сыворотке крови
4. расчетных индексов

3. ТЕСТ НА ГЕНЕРАЦИЮ ИФР-1 НЕ ПРОВОДЯТ ПРИ

1. сниженном уровне ИФР-1 при нормальных значениях СТГ на стимуляции
2. наличии «триады» на МРТ
3. отрицательных результатах двух проб
4. нормальном или повышенном уровне ИФР-1

4. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СОМАТОТРОПИНОМЫ ПРОВОДЯТ

1. пробу с инсулиновой гипогликемией с определением уровня СТГ натощак и каждые 15 минут в течение 1,5 часов
2. оральным глюкозотолерантным тестом с определением уровня СТГ натощак и каждые 30 минут в течение 2 часов
3. В пробу с клонидином с определением уровня СТГ натощак и каждые 30 минут в течение 2 часов
4. пробу с сухоядением с определением натрия крови и осмолярности крови и мочи

5. ПРОЯВЛЕНИЕМ ДЕКОМПЕНСАЦИИ У БОЛЬНОГО С ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 17-АЛЬФА-ГИДРОКСИЛАЗЫ) ЯВЛЯЕТСЯ

1. гипонатриемия
2. гипертриглицеридемия
3. гиперкалиемия
4. гипернатриемия

6. ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАКОГО СТЕРОИДА ПРОВОДИТСЯ ПРИ НЕОНАТАЛЬНОМ СКРИНИНГЕ НА ВРОЖДЕННУЮ ДИСФУНКЦИЮ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ)?

1. андростендиона
2. 17-гидроксипрогестерона
3. дезоксикортикостерона
4. дегидроэпиандростерона

7. ГЛАВНЫМ ОТЛИЧИЕМ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 20,22 ДЕСМОЛАЗЫ) ОТ ДЕФИЦИТА STAR-ПРОТЕИНА ЯВЛЯЕТСЯ ОТСУТСТВИЕ

1. первичного гипогонадизма у мальчиков
2. первичного гипогонадизма у девочек
3. нарушения строения наружных гениталий у плода с кариотипом 46ХУ
4. гиперплазии надпочечников

8. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЖДУ ЦЕНТРАЛЬНЫМ И НЕФРОГЕННЫМ НЕСАХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В КОНЦЕ ПРОБЫ С СУХОЕДИЕНИЕМ

1. вводят глюкагон
2. дают спиронолактон
3. вводят гидрокортизон
4. дают десмопрессин

9. НАЛИЧИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНО ОДНОЙ И БОЛЕЕ ТРОПНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ СТГ-ДЕФИЦИТА ПОЗВОЛЯЕТ

1. провести две стимуляционные пробы без проведения МРТ головного мозга
2. провести одну СТГ-стимуляционную пробу
3. не проводить СТГ-стимуляционные пробы вообще
4. провести дополнительно тест на генерацию ИФР-1

10. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ НЕИНВАЗИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

1. ЭхоКГ
2. холтеровское мониторирование ЭКГ

3. МРТ сердца
4. ЭКГ

11. У ВЗРОСЛЫХ «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДИАГНОСТИКИ СОМАТОТРОПНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОБА С

1. глюкагоном
2. L-ДОПОЙ
3. инсулиновой гипогликемией
4. клофелином

12. ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОСТНОГО ВОЗРАСТА ОСНОВАНО НА ОЦЕНКЕ

1. компьютерной томограммы кисти и лучезапястного сустава
2. рентгенограммы стопы и голеностопного сустава
3. рентгенограммы черепа в двух проекциях
4. рентгенограммы кисти с лучезапястным суставом

13. ДЛЯ ДИНАМИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ РАЗМЕРОВ УЗЛОВОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИМЕНЯЕТСЯ

1. эластография
2. ультразвуковой метод
3. магнитно-резонансная томография
4. тиреосцинтиграфия

14. У МАЛЬЧИКОВ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ПОЛОВЫМ РАЗВИТИЕМ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ВДКН ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ

1. 17-гидроксипрогестерона
2. альдостерона
3. тестостерона
4. ингибина В

15. ПРИ МОНИТОРИНГЕ ДЕВОЧЕК С СИНДРОМОМ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА, ПОЛУЧАЮЩИХ СОМАТРОПИН ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

1. пролактина
2. инсулиноподобного фактора роста 1
3. кортизола
4. гонадотропинов

16. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАБДОМИОЛИЗА НЕОБХОДИМО ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ

_____ В КРОВИ

1. аланинаминотрансферазы
2. аспаратаминотрансферазы
3. малатдегидрогеназы
4. креатининфосфокиназы

17. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ГИПОГЛИКЕМИИ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕКОМЕНДОВАН АНАЛИЗ КРОВИ НА

1. альдостерон
2. инсулин
3. тестостерон
4. ТТГ

18. В ОСНОВЕ МАССОВОГО СКРИНИНГА НОВОРОЖДЕННЫХ НА ВРОЖДЕННЫЙ ГИПОТИРЕОЗ В РФ ЛЕЖИТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ

1. ТТГ и Т4 свободного в венозной крови
2. ТТГ в венозной крови
3. ТТГ в капиллярной крови
4. тиреоглобулина

19. КАКОЙ МЕТОД ПОЗВОЛЯЕТ ПРОВОДИТЬ ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА СОСТОЯНИЕМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ С ВЫЯВЛЕННОЙ МУТАЦИЕЙ ГЕНА DICER?

1. сцинтиграфия
2. ультразвуковое исследование
3. компьютерная томография
4. магнитно-резонансная томография

20. ПРОБА С ХОРИОНИЧЕСКИМ ГОНАДОТРОПИНОМ СЧИТАЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ПРИ ПОВЫШЕНИИ УРОВНЯ ТЕСТОСТЕРОНА БОЛЕЕ

1. 10 нмоль/л
2. 3,5 нмоль/л
3. чем в 5 раз
4. 1,2 нмоль/л

21. ПРИ СИНДРОМЕ «НЕ ПАЛЬПИРУЕМЫХ ЯИЧЕК» ИССЛЕДОВАНИЕ НА НАЛИЧИЕ

_____ _ ПОЗВОЛЯЕТ ПОДТВЕРДИТЬ ИХ

1. пролактина
2. ФСГ
3. АМГ
4. 17-ОН-прогестерона

22. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА НА ВРОЖДЕННУЮ ДИСФУНКЦИЮ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ) ИССЛЕДУЮТ УРОВЕНЬ

1. андростендиона
2. тестостерона
3. 17-гидроксипрогестерона
4. актГ

23. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ДЕВОЧЕК С НИЗКОРОСЛОСТЬЮ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ

1. исследования кортизола в суточной моче
2. исследования антител к рецептору ИФР-1
3. теста на генерацию ИФР-1
4. кариотипирования

24. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СТГ-ДЕФИЦИТА ПРОВЕДЕНИЕ СТИМУЛЯЦИОННЫХ ПРОБ НЕ ТРЕБУЕТСЯ ПРИ

1. SDS роста > -3, низком уровне ИФР1, отсутствии других тропных недостаточностей
2. наличии облучения области «голова-шея» в анамнезе, выраженном дефиците роста (SDS: <-3), низ м уровне ИФР1 в крови
3. SDS роста > -3, отсутствии других тропных недостаточностей, нормальном уровне ИФР1

4. выраженном дефиците роста ($SDS: < -3$), отсутствии других тропных недостаточностей, нормальном уровне ИФР1

25. ДЕВОЧКЕ 14 ЛЕТ С ЗАДЕРЖКОЙ РОСТА И ПУБЕРТАТА ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ СТГ-СТИМУЛЯЦИОННЫХ ПРОБ НЕОБХОДИМО

1. проведение пробы с гонадолиберином
2. исследование мультитероидного профиля
3. проведение пробы на генерацию ИФР-1
4. исследование кариотипа

26. ГОРМОНАЛЬНЫМ МАРКЕРОМ ПОЛНОЙ АПЛАЗИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1. повышение уровня антител к ТПО
2. снижение уровня тиреоглобулина
3. повышение уровня Т4 свободного
4. снижение уровня кальцитонина

27. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГОРМОНАЛЬНО-АКТИВНОЙ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА ПРИ МЭН 1 НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛИТЬ В КРОВИ УРОВЕНЬ

1. АКТГ, кортизола, пролактина, СТГ
2. АДГ, ренина, кортизола
3. паратгормона, ТТГ, ИФР-1
4. гастрин, хромогранин А, кортизола, инсулина

28. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ГИПОГЛИКЕМИИ У РЕБЕНКА ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ РЕКОМЕНДОВАНО ВЫПОЛНЕНИЕ

1. анализа крови на тиреотропный гормон
2. тандемной масспектрометрии крови на аминокислоты и ацилкарнитины
3. компьютерной томографии брюшной полости
4. анализа мочи на метанефрины

29. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДИАГНОСТИКИ ИНСУЛИНОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОБА С

1. сухоедением
2. голоданием
3. инсулином
4. глюкагоном

30. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СОМАТОТРОПНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРОБА С

1. бусерелином
2. клонидином
3. дексаметазоном
4. синактеном

31. ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОБЫ С ИНСУЛИНОМ У РЕБЕНКА ДО 5 ЛЕТ ДОЗА ИНСУЛИНА ДОЛЖНА БЫТЬ СНИЖЕНА ДО (ЕД/КГ)

1. 0,09
2. 0,01
3. 0,05-0,07
4. 0,03

32. МРТ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРОВОДИТСЯ ДО ПРОВЕДЕНИЯ СТГ-СТИМУЛЯЦИОННЫХ ПРОБ ПРИ

1. подозрении на объемный процесс головного мозга
2. низко-нормальном уровне ИФР-1
3. отсутствии низкорослых родственников
4. выраженной низкорослости (рост < 3SD)

33. МОНИТОРИНГ КОСТНОГО ВОЗРАСТА У ДОПУБЕРТАТНОГО РЕБЕНКА, ПОЛУЧАЮЩЕГО СОМАТРОПИН ПРОВОДИТСЯ С ЧАСТОТОЙ 1 РАЗ В

1. 2 года
2. 6 месяцев
3. 4 года
4. 12 месяцев

34. КРИТЕРИЕМ ДИАГНОСТИКИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ В ПЛАЗМЕ ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОРАЛЬНОГО ТЕСТА НА ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ГЛЮКОЗЕ (ОГТТ) ОТ (В ММОЛЬ/Л)

1. 7,8
2. 7,0
3. 11,1
4. 10,0

35. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА У РЕБЕНКА С ОЖИРЕНИЕМ В ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ НЕОБХОДИМО ВКЛЮЧИТЬ

1. суточной пульсоксиметрии
2. специализированный опросник
3. ночную полисомнографию
4. дневную полисомнографию

36 ПРИ МОНИТОРИНГЕ ДЕВОЧЕК С СИНДРОМОМ ШЕРЕШЕВСКОГО - ТЕРНЕРА, ПОЛУЧАЮЩИХ СОМАТРОПИН, ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

1. гонадотропинов
2. пролактина
3. кортизола
4. гликированного гемоглобина

37 ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НИЗКОРОСЛОГО РЕБЕНКА НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ

1. тиреотоксикоз
2. гипопролактинемия
3. инсулинорезистентность
4. гиперкортицизм

38. ИФР-1 ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ЭФФЕКТОРОМ

1. пролактина
2. кальцитонина
3. гормона роста
4. паратгормона

39. СТГ-СТИМУЛЯЦИОННОЙ ПРОБЫ С КЛОНИДИНОМ ПРОВОДИТСЯ В ПОЛОЖЕНИИ

1. лёжа, натошак, под контролем уровня гликемии и АД
2. сидя, не обязательно натошак, под контролем АД и ЧСС
3. лёжа, под контролем уровня гликемии
4. лёжа, строго натошак, под контролем АД и ЧСС

40. ДЕВОЧКЕ С ЗАДЕРЖКОЙ РОСТА ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ СТГ-СТИМУЛЯЦИОННЫХ ПРОБ НЕОБХОДИМО

1. ультразвуковое исследование щитовидной железы
2. исследование буккального эпителия
3. кариотипирование
4. ультразвуковое исследование малого таза

41. НАИБОЛЬШЕЙ ИНФОРМАТИВНОСТЬЮ В ДИАГНОСТИКЕ ГОНАДОТРОПИНЗАВИСИМОГО ППР ОБЛАДАЕТ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ:

1. эстрадиола (Э2)
2. фолликулстимулирующего гормона (ФСГ)
3. антимюллерова гормона (АМГ)
4. лютеинизирующего гормона (ЛГ)

42. ОСНОВНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ МАРКЕРОМ СТЕАТОГЕПАТИТА ПРИ РАЗВИТИИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

1. АЛТ
2. щелочная фосфатаза
3. ГГТ
4. АСТ

43. НАРУШЕНИЕ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ У РЕБЕНКА С ОЖИРЕНИЕМ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ ЗНАЧЕНИИ ГЛИКЕМИИ ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА ПОСЛЕ НАГРУЗКИ ГЛЮКОЗОЙ ОТ (В ММОЛЬ/Л)

1. 7,6 до 10,5
2. 7,8 до 11,1
3. 7,8 до 10,5
4. 7,6 до 11,1

44. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ 17-ГИДРОКСИПРОГЕСТЕРОНА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ) ЯВЛЯЕТСЯ ЭКСИКОЗ ПРИ НАЛИЧИИ

1. гипокалиемии в сочетании с глюкозурией
2. гиперкалиемии в сочетании с гипонатриемией
3. гипокалиемии в сочетании с гипернатриемией
4. гиперкалиемии в сочетании с глюкозурией

45. ОСНОВНЫМИ ПАРАМЕТРАМИ ГОРМОНАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ, КОТОРЫЕ ТРЕБУЕТСЯ ОПРЕДЕЛИТЬ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ФЕМОЦИТОМЫ ИЛИ ПАРААНГИОМЫ, ЯВЛЯЮТСЯ

1. метанефрины плазмы или фракционированные метанефрины мочи
2. катехоламины и ванилилминдалевая кислота мочи
3. серотонин и ванилилминдалевая кислота мочи

4. хромогранин А и уксусная кислота мочи

46. ПЕРМАНЕНТНЫЙ НЕОНАТАЛЬНЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ, ЭПИЛЕПСИЯ, ЗАДЕРЖКА ПСИХОРЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ

1. синдрома Альстрема
2. синдрома Прадера-Вилли
3. DIDMOAD-синдрома
4. DEND-синдрома

47. СЕРОЛОГИЧЕСКИМИ МАРКЕРАМИ АУТОИММУННОЙ ДЕСТРУКЦИИ В-КЛЕТОК ЯВЛЯЮТСЯ

1. аутоантитела к b-клеткам
2. повышенные уровни глюкозы крови
3. сниженные уровни инсулина
4. сниженные уровни С-пептида

48. ПРЕИМУЩЕСТВОМ ИССЛЕДОВАНИЯ УРОВНЯ КЕТОНОВ В КРОВИ ПО СРАВНЕНИЮ С МОЧЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ БОЛЬШАЯ ...МЕТОДА

1. точность
2. нвазивность
3. дешевизна
4. доступность

49. Для диагностики феохромоцитомы проводят сбор суточного анализа мочи на _____

1. Мочевую кислоту
2. 5-гидроксииндолуксусную кислоту
3. Метанефрины, норметанефрины
4. Кортизол

50. Для диагностики СТГ – дефицита в РФ в настоящее время не используется _____

1. L-ДОПА
2. Инсулин
3. Аргинин
4. Клофелин

51. При наличии мутаций в генах, ассоциированных с развитием гипопитуитаризма, для диагностики СТГ – дефицита

1. Достаточно проведение одной СТГ – стимуляционной пробы
2. Необходимо проведения одной СТГ – стимуляционной пробы
3. Проведение СТГ – стимуляционных проб не требуется
4. Достаточно низкой базальной концентрации СТГ

52. Для диагностики СТГ – дефицита обязательно проведение двух стимуляционных проб при

1. Наличие низкорослости и «триады» на МРТ (гипоплозия аденогипофиза/ эктопия нейрогипофиза/ аплазия гипофизарной ножки)
2. Наличии краниофорингиомы в анамнезе
3. Наличии низкорослости и доказанной молекулярно-генетической основы гипопитуитаризма

4. SDS роста: > -3 , отсутствии других тропных недостаточностей, нормальном уровне ИФР 1
53. К критериям диагностики СТГ –дефицита относят
1. Результаты СТГ – стимуляционных проб
 2. Определение уровня ИФР 1 в сыворотке
 3. Проведение МРТ головного мозга
 4. Однократное измерение базального уровня СТГ в сыворотке
54. Биоимпедансометрия у детей является
1. Стандартом диагностики жирового гепатоза
 2. Методом оценки висцерального ожирения
 3. Неинвазивным исследованием
 4. Суточным по длительности исследованием
55. Основным инструментальным методом диагностики неалкогольной жировой болезни печени у детей с ожирением является
1. УЗИ брюшной полости
 2. МРТ брюшной полости
 3. Тонкоигольная биопсия печени
 4. Эластография печени
56. Определение экскреции свободного кортизола в суточной моче является одним из этапов диагностики
1. Врожденного гипопитуитаризма
 2. Синдрома Шерешевского – Тернера
 3. Диффузного токсического гоба
 4. Синдрома Иценко - Кушинга
57. Для дифференциальной диагностики между гипофизарным и эктопическим характером АКТГ – секреции при синдроме Иценко – Кушинга применяют
1. Пробу с глюкагоном
 2. Большую пробу с дексаметазоном
 3. Пробу с глюконатом кальция
 4. Оральный глюкозо – толерантный тест
58. Определение уровня кортизола крови в суточном ритме может быть одним из этапов диагностики
1. Гипокортицизма в исходе краниальной лучевой терапии
 2. Конституциональной задержке роста
 3. Синдрома Иценко – Кушинга
 4. Гипокортицизма после удаления краниофарингиомы
59. Показанием для определения уровня 17 – гидроксипрогестерона у детей с целью диагностики врожденной дисфункции коры надпочечников (дефицита 21 – гидроксилазы) является ускорение скорости роста в сочетании с
1. Задержкой пубертата
 2. Преждевременным адренархе
 3. Эпизодами ацетонемических состояний
 4. гипертрихозом

60. Дифференциальная диагностика наследственного гипофосфатемического рахита проводится с
1. Ревматоидным артритом
 2. Миопатией Дюшена
 3. Хондродисплазией
 4. Опухоль – индуцированной остеомалацией
61. Какой метод диагностики предпочтителен для визуализации метастазов папиллярного рака щитовидной железы в легких
1. Ультразвуковая диагностика
 2. Компьютерная томография
 3. МРТ
 4. Сцинтиграфия с ^{99m}Tc -пертехнетатом
62. При наличии гипокальциемии, гиперфосфатемии и повышенного уровня паратгормона проводится дифференциальная диагностика с
1. Дефицита витамина Д и псевдогипопаратиреоза
 2. Аутосомно – доминантной гипокальциемии и дефицита витамина Д
 3. Гипопаратиреоза и псевдогипопаратиреоза
 4. Дефицитом трифункционального белка и псевдогипопаратиреоза
63. Пренатальная диагностика ВДКН (дефицит 21 – гидроксилазы) проводится только в том случае, если родители
1. Не согласны на проведении перинатальной терапии глюкокортикоидами
 2. Не будут прерывать беременность больным плодом
 3. Планируют не проводить заместительную гормональную терапию после рождения
 4. Будут прерывать беременность больным плодом
64. Диагностика аутоиммунной надпочечниковой недостаточности основывается на определении аутоантител к
1. Нейро – специфической енолазе
 2. 21 – гидроксилазе
 3. Антинуклеарному фактору
 4. Тиреопероксидазе
65. Лабораторная диагностика нарушений экзокринной функции поджелудочной железы основана на определении
1. Уровня глюкозы крови
 2. Креатинина в суточной моче
 3. Активности эластазы в кале
 4. Аланинаминотрансферазы и аспартатаминотрансферазы в крови
66. Диагностика ожирения у детей и подростков в России основана на нормах роста и веса разработанных
1. Центрами по профилактике заболеваний США
 2. Всемирной организацией здравоохранения
 3. Европейским обществом детских эндокринологов
 4. Международной группой по изучению ожирения
67. Проведение малой дексаметазоновой пробы позволяет провести диагностику между
1. Болезнью Иценко – Кушига и опухолью надпочечников
 2. Болезнью Иценко – Кушига и АКТГ – эктопическим синдромом

3. АКТГ – эктопическим синдромом и опухолью надпочечников
4. Функциональным и патологическим гиперкортизолизмом

68. Основным параметром гормонального профиля, который требуется определить при диагностике аденомы паращитовидных желез при МЭН 1 является уровень

1. Гастрин
2. Паратгормона в крови
3. Хромогранина А
4. Кортизола в крови

69. Для диагностики гормонально – активного образования поджелудочной железы при МЭН 1 необходимо определить в крови уровень

1. Паратгормона
2. Кортизола
3. АДГ
4. Инсулина

70. Основным методом топической диагностики феохромоцитом и параганглиом при синдроме Хиппеля – Линдау является

1. МРТ с контрастированием
2. Ультразвуковое исследование
3. Мультиспиральная компьютерная томография с контрастированием
4. Рентгенография с введением бария

71. Критерием диагностики вторичного гипотиреоза является низкий свободный Т 4, зафиксированный как минимум в

1. Одном образце крови на фоне сниженного ТТГ
2. Двух образцов крови на фоне нормального, сниженного или умеренно повышенного ТТГ
3. Двух образцов крови на фоне нормального или сниженного ТТГ
4. Двух образцов крови на фоне сниженного ТТГ

72. СОЧЕТАНИЕ ГИПОГЛИКЕМИИ И ГИПЕРПИГМЕНТАЦИИ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1. синдрома МЭН1
2. первичной надпочечниковой недостаточности
3. врожденного гиперинсулинизма
4. вторичной надпочечниковой недостаточности

73. СОЧЕТАНИЕ ГЕМИГИПЕРПЛАЗИИ, ОМФАЛОЦЕЛЕ И НЕОНАТАЛЬНОЙ ГИПОГЛИКЕМИИ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

1. синдроме Беквита - Видемана
2. врожде гипопитуитаризме
3. врожденных дефектах гликозилирования
4. синдроме Дауна

74. СОЧЕТАНИЕ ГИПОГЛИКЕМИИ, ХОЛЕСТАЗА И ГИПОНАТРИЕМИИ В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1. цельного несахарного диабета
2. врожденного гипотиреоза
3. врожденного гипопитуитаризма
4. врожденного гиперинсулинизма

75. ДЛЯ АУТОИММУННОГО ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОГО СИНДРОМА 1 ТИПА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ ХРОНИЧЕСКОГО

1. амебиаза
2. кандидоза
3. кокцидиоза
4. аспергиллеза

76. СОЧЕТАНИЕ У ПАЦИЕНТА ИЗНУРЯЮЩИХ ПОНОСОВ (ПО ТИПУ ХОЛЕРНЫХ), ПОТЕРИ ВЕСА, СУДОРОВ, ЭРИТЕМЫ КОЖИ ГОЛОВЫ, НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА НА ФОНЕ ТЯЖЕЛОЙ ГИПОКАЛИЕМИИ, ГИПЕРГЛИКЕМИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1. болезни Конна
2. випомы
3. инсулиномы
4. гастриномы

77. КОМПОНЕНТОМ СИНДРОМА МАККЬЮНА - ОЛБРАЙТА - БРАЙЦЕВА ЯВЛЯЕТСЯ

1. медуллярный рак
2. тиреотоксикоз неаутоиммунного генеза
3. первичный гипотиреоз
4. вторичный гипотиреоз

78. ПРИ ПСЕВДОГИПОПАРАТИРЕОЗЕ СНИЖЕНИЕ АКТИВНОСТИ

1. 24-гидроксилазы приводит к снижению уровня $1,24(\text{OH})_2$ витамина Д
2. 25-гидроксилазы приводит к снижению уровня $1,25(\text{OH})_2$ витамина Д
3. 1-альфа-гидроксилазы приводит к снижению уровня $1,25(\text{OH})_2$ витамина Д
4. 25-гидроксилазы приводит к снижению уровня $1,25(\text{OH})_2$ витамина Д

79. СПЕЦИФИЧЕСКИМ АУТОИММУННЫМ МАРКЕРОМ ДИФФУЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА ЯВЛЯЮТСЯ АНТИТЕЛА К

1. циому транспортёру
2. тиреоглобулину
3. тиреопероксидазе
4. рецептору ТТГ

80. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ПАЛЬПИРУЕМЫХ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

1. УЗИ щитовидной железы
2. цинтиграфию щитовидной железы
3. рентгенографию пищевода с бариевой взвесью
4. мультиспиральную томографию органов шеи

81. ОТСУТСТВИЕ ВНУТРИУЗЛОВОГО КРОВОТОКА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ МЕТОДА ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ ДОПЛЕРОГРАФИИ ПО ДАННЫМ УЗИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

1. злокачественным
2. доброкачественным
3. промежуточным
4. клинически незначимым

82. ПОВЫШЕННЫЙ УРОВЕНЬ ТРИГЛИЦЕРИДОВ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 10 ЛЕТ - ЭТО УРОВЕНЬ ТРИГЛИЦЕРИДОВ В СЫВОРОТКЕ (В ММОЛЬ/Л)

1. >1,5
2. 2,0
3. > 1,7
4. >1,4

83. ФОРМУЛА $(РОСТ\ ОТЦА + РОСТ\ МАТЕРИ - 13СМ)/2 \pm 7СМ$ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ РАСЧЕТА

1. конечного роста девочек
2. Целевого роста мальчиков
3. целевого роста девочек
4. прогнозируемого роста ребенка вне зависимости от пола

ПК-1.2

84. КАБЕРГОЛИН ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ _____ СЕКРЕТИРУЮЩЕЙ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА

1. СТГ
2. Пролактин
3. ТТГ
4. АКТГ

85. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ МАКРОПРОЛАКТИНОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1. каберголин
2. пасиреотид
3. октреотид
4. бромокриптин

86. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ МИКРОПРОЛАКТИНОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1. пасиреотид
2. бромокриптин
3. октреотид
4. каберголин

87. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. пасиреотид
2. окрестид
3. бромокриптин
4. каберголин

88. КАБЕРГОЛИН ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ

1. гипернатриемии
2. гипокалиемии
3. инсулинорезистентности
4. гиперпролактинемии

89. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПОПАРАТИРЕОЗА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПОДДЕРЖИВАТЬ УРОВЕНЬ КАЛЬЦИЯ ИОНИЗИРОВАННОГО КРОВИ

1. чуть выше верхней границы нормы
2. в любых значениях нормы
3. по верхней границе нормы

4. по нижней границе нормы

90. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПОПАРАТИРЕОЗА НАЧАЛЬНАЯ ДОЗА АКТИВНОЙ ФОРМЫ ПРЕПАРАТА ВИТАМИНА Д ПРИ УРОВНЕ КАЛЬЦИЯ ИОНИЗИРОВАННОГ КРОВИ БОЛЕЕ 0,8 ММОЛЬ/Л СОСТАВЛЯЕТ (В МКГ)

1. 0,5-1
2. 1,5-3
3. 0,25-0,5
4. 1-1,5

91. ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РАЗВИТИЯ НЕФРОКАЛЬЦИНОЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПОПАРАТИРЕОЗА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПОДДЕРЖАНИЕ УРОВНЯ КАЛЬЦИЯ

1. по верхней границе нормы
2. в любых значениях нормы
3. чуть выше верхней границы нормы
4. по нижней границе нормы

92. МЕТОДОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1. проведение лучевой терапии
2. проведение адреналэктомии
3. терапия блокаторами стероидогенеза
4. оперативное удаление аденомы гипофиза

93. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОМУ ПОБОЧНОМУ ЭФФЕКТУ ОРЛИСТАТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОЖИРЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ ОТНОСЯТ

1. диарею
2. психические расстройства
3. нарушения ритма сердца
4. синкопальные состояния

94. ДЛЯ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ КОНСУЛЬТАЦИЯ ПСИХОЛОГА

1. показана только для детей с психическими нарушениями
2. показана только при стационарном лечении больного
3. показана только для родителей пациента
4. желательна

95. ПРИ ЛЕЧЕНИИГИПОПАРАТИРЕОЗА ДОЗА АКТИВНОЙ ФОРМЫ ПРЕПАРАТА ВИТАМИНА

1. снижается с возрастом
2. остается неизменной в течение жизни
3. повышается с возрастом
4. может варьировать в течение жизни

96. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПОКАЛЬЦИЕМИИ НА ФОНЕ ПСЕВДОГИПОПАРАТИРЕОЗА МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ АНАЛОГ 1,25(ОН)₂ ВИТАМИНА Д

1. эргокальциферол
2. холекальциферол
3. альфакальцидол
4. кальцитриол

97. ПРИ ЛЕЧЕНИИ НАЧАЛЬНАЯ ДОЗА АКТИВНОЙ ФОРМЫ ПРЕПАРАТА ВИТАМИНА Д ПРИ УРОВНЕ КАЛЬЦИЯ ИОНИЗИРОВАННОГО КРОВИ МЕНЕЕ 0,8 ММОЛЬ/Л СОСТАВЛЯЕТ (В МКГ)

1. 0,25-0,5
2. 0,5-1
3. 1,5-3
4. 1-1,5

98. СЛЕДСТВИЕМ ПРИМЕНЕНИЯ ИЗБЫТОЧНЫХ ДОЗ В ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕБЕНКА С ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ, ДЕФИЦИТ 21- ГИДРОКСИЛАЗЫ, МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ

1. повышение уровня надпочечниковых андрогенов
2. повышение уровня тестикулярного тестостерона
3. повышение показателей гонадотропинов
4. снижение показателей гонадотропинов

99. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1. таблетированный гидрокортизон
2. таблетированный преднизолон
3. Таблетированный дексаметазон
4. гидрокортизон в виде сиропа

100. ПРИ ЛЕЧЕНИИ , ГИПОПАРАТИРЕОЗА АКТИВНОЙ В ФОРМОЙ ПРЕПАРАТА ВИТАМИНА Д РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПОДДЕРЖАНИЕ УРОВНЯ КАЛЬЦИЯ КРОВИ ПО НИЖНЕЙ

ГРАНИЦЕ НОРМЫ ИЗ-ЗА РИСКА

1. синдрома Фара
2. катаракты
3. подкожных кальцинатов
4. нефрокальциноза

101. ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ТЕРАПИИ АКТИВНОЙ ФОРМОЙ ПРЕПАРАТА ВИТАМИНА Д ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПОПАРАТИРЕОЗА КОНТРОЛЬ КАЛЬЦИЯ ИОНИЗИРОВАННОГО КРОВИ ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В _____ НЕДЕЛИ/НЕДЕЛЬ

1. 6-8
2. 4-6
3. 8-10
4. 2-4

102. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ СВЫШЕ 60 МИНУТ В ДЕНЬ

1. рекомендуется только для взрослых и не применяется у детей
2. противопоказана в связи с риском криза артериальной гипертензии
3. рекомендуется не чаще 2-х раз в неделю в виде кардионагрузок
4. даёт дополнительные преимущества для здоровья

103. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ АНАЛОГИ ГНРГ ПРОЛОНГИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ ВВОДЯТ

1. внутримышечно и внутривенно
2. подкожно и перорально

3. внутривенно и подкожно
4. внутримышечно и подкожно

104. НАЧАЛЬНАЯ ДОЗА ЛЕВОТИРОКСИНА НАТРИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПОТИРЕОЗА В ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЕ 10-15 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ (В МКГ/КГ/СУТ)

1. 4,0-6,0
2. 6,0-8,0
3. 8,0-10,0
4. 2,0-4,0

105. НАЧАЛЬНАЯ ДОЗА ЛЕВОТИРОКСИНА НАТРИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОГО ГИПОТИРЕОЗА В ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЕ 6-12 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ (В МКГ/КГ/СУТ)

1. 2,0-4,0
2. 4,0-6,0
3. 10,0-15,0
4. 6,0-8,0

106. НАЧАЛЬНАЯ ДОЗА ИНСУЛИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА СОСТАВЛЯЕТ (В ЕД/КГ/ЧАС)

1. 0,5
2. 0,8
3. 1,0
4. 0,1

107. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОГО ГИПЕРИНСУЛИНИЗМА ИСПОЛЬЗУЮТ

1. левотироксин
2. десмопрессин
3. вальпроевую кислоту
4. диазоксид

108. КРАТНОСТЬ ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ХОРИОНИЧЕСКОГО ГОНАДОТРОПИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВТОРИЧНОГО ГИПОГОНАДИЗМА СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В (В ДНЯХ)

1. 7-8
2. 14-15
3. 28-29
4. 3-4

109. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПОГОНАДИЗМА У ДЕВОЧЕК ПЕРЕХОД ОТ МОНОТЕРАПИИ ЭСТРОГЕНАМИ К ЦИКЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЭСТРОГЕН-ПРОГЕСТАГЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЧЕРЕЗ

1. 6 месяцев
2. 3 года
3. 3 месяца
4. 1-2 года

110. ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА ПЕРЕХОД ОТ МОНОТЕРАПИИ ЭСТРОГЕНАМИ К ЦИКЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЭСТРОГЕН-ГЕСТАГЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЧЕРЕЗ

1. 1-2 года
2. 6 месяцев
3. 3-4 года
4. 3 месяца

111. БЫСТРОЕ ЗАКРЫТИЕ ЗОН РОСТА У ПОДРОСТКОВ С ГИПОГОНАДИЗМОМ МОЖЕТ ПРОИЗОЙТИ ПРИ

1. нерегулярном приеме заместительной терапии
2. удлинении интервалов между приемами препаратов
3. отсутствии назначения заместительной терапии
4. лечении высокой дозой половых гормонов

112. ПРИ ЛЕЧЕНИИ СОМАТОТРОПИНОМ СЛЕДУЕТ ОТМЕНИТЬ ИЛИ СНИЗИТЬ ДОЗУ ПРИ

1. манифестации гипотиреоза
2. прибавке массы тела
3. снижении массы тела
4. развитию отека синдрома

113. ПРИ ЛЕЧЕНИИ СОМАТОТРОПИНОМ СЛЕДУЕТ ОТМЕНИТЬ ИЛИ СНИЗИТЬ ДОЗУ ПРИ

1. манифестации гипотиреоза
2. выраженной прибавке массы тела
3. манифестации гипогонадизма
4. формирования застоя дисков зрительных нервов

114. ЛЕВОТИРОКСИН СЛЕДУЕТ ПРИНИМАТЬ

1. 2 раза в день, утром и вечером через 20 минут после еды
2. 1 раз в день, утром через 20 минут после еды
3. 2 раза в день, утром и вечером за 20 минут до еды
4. 1 раз в день, утром за 20 минут до еды

115. СТАРТОВАЯ ДОЗА ЛЕВОТИРОКСИНА НАТРИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ПЕРВИЧНЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ СОСТАВЛЯЕТ (МКГ/КГ/СУТКИ)

1. 1,8
2. 1,6
3. 0,9
4. 2

116. НАЗНАЧЕНИЕ ТИТРАЦИОННОГО РЕЖИМА ТИРЕОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРЕДПОЛАГАЕТ

1. подбор минимальной поддерживающей дозы для достижения субклинического тиреотоксикоза
2. лечение до достижения гипотиреоза с последующей отменой терапии
3. лечение до достижения гипотиреоза с добавлением в терапию
4. подбор минимальной поддерживающей дозы для достижения стойкого эутиреоза

117. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ВРОЖДЕННОМ ГИПОТИРЕОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1. тиреокомб
2. тиреоидин
3. трийодтиронин
4. левотироксин натрия

118. К ГИПОГОНАДИЗМУ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ ПРИЕМ

1. фолликулостимулирующего гормона
2. левотироксина
3. хорионического гонадотропина
4. блокаторов стероидогенеза

119. НАЧАЛЬНАЯ ДОЗА ЛЕВОТИРОКСИНА НАТРИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПОТИРЕОЗА В ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЕ 10-15 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ (В МКГ/КГ/СУТ)

1. 4,0-6,0
2. 6,0-8,0
3. 8,0-10,0
4. 2,0-4,0

120. НАЧАЛЬНАЯ ДОЗА ЛЕВОТИРОКСИНА НАТРИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОГО ГИПОТИРЕОЗА В ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЕ 6-12 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ (В МКГ/КГ/ СУТ)

1. 10,0-15,0
2. 4,0-6,0
3. 2,0-4,0
4. 6,0-8,0

121. СТАРТОВАЯ ДОЗА ЛЕВОТИРОКСИНА НАТРИЯ, У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ВРОЖДЕННЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ, СОСТАВЛЯЕТ __МКГ/КГ/СУТКИ

1. 5,0-10,0
2. 20,0-30,0
3. 15,0-20,0
4. 10,0-15,0

122. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОГО ГИПЕРИНСУЛИНИЗМА ИСПОЛЬЗУЮТ

1. вальпроевую кислоту
2. десмопрессин
3. левотироксин
4. диазоксид

123. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОЙ СТАДИИ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1. трийодуксусная кислота
2. левотироксин натрия
3. натрия йодид
4. пропранолола гидрохлорид

124. КУРС ЛЕЧЕНИЯ ХОРИОНИЧЕСКИМ ГОНАДОТРОПИНОМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА

1. перекрут яичка
2. синдром исчезнувших яичек
3. дисгенезию гонад
4. паховую ретенцию тестикул

125. С ЦЕЛЬЮ КУПИРОВАНИЯ ГИПОТИРЕОЗА ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ Д НАЗНАЧАЕТСЯ ЛЕВОТИРОКСИН НАТРИЯ В

1. фиксированной дозировке 50 мкг/сутки
2. супрессивной дозе
3. заместительной дозе
4. половинной от заместительной дозы

126. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЭУТИРЕОИДНОГО ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ДОСТАТОЧНО НАЗНАЧЕНИЯ

1. терапии препаратами тироксина в сочетании препаратами йода
2. терапии препаратами тироксина в дозе 50-100 мкг/день

3. препаратов йода в физиологической дозе 150-200 мкг/день
4. терапии препаратами тироксина в дозе 25-50 мкг/день

127. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОГОНАДИЗМА У МАЛЬЧИКОВ С СИНДРОМОМ КЛАЙНФЕЛЬТЕРА ЯВЛЯЕТСЯ

1. ингибитор фосфодиэстеразы 5-го типа
2. хорионический гонадотропин
3. смеси эфиров тестостерона
4. фолликулостимулирующий гормон

128. РЕКОМЕНДУЕМАЯ НАЧАЛЬНАЯ ДОЗА ПРЕПАРАТОВ ТЕСТОСТЕРОНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА КЛАЙНФЕЛЬТЕРА ПРИ НИЗКОМ УРОВНЕ ТЕСТОСТЕРОНА В ПУБЕРТАНОМ ПЕРИОДЕ СОСТАВЛЯЕТ

1. 50-100
2. 200-250
3. 150-200
4. 250-300

129. ПРИ АКТУАЛЬНОСТИ ВОПРОСА ФЕРТИЛЬНОСТИ ДЛЯ ПАЦИЕНТА С ВТОРИЧНЫМ ГИПОГОНАДИЗМОМ НАЗНАЧАЮТ СХЕМУ ЛЕЧЕНИЯ, ВКЛЮЧАЮЩУЮ

1. фолликулостимулирующий гормон и хорионический гонадотропин
2. лютеинизирующий гормон и препараты блокаторов ароматазы
3. ингибитор фосфодиэстеразы 5-го типа и тестостерона ундеканоат
4. аналог гонадотропин-рилизинг гормона и тестостерона пропионат

130. У РЕБЕНКА С SDS РОСТА: -3.4, НИЗКИМ УРОВНЕМ ИФР-1 И ОПЕРАТИВНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ ГИПОТАЛАМО-ГИПОФИЗАРНОЙ ОПУХОЛИ В АНАМНЕЗЕ, ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ДЕФИЦИТА СТГ

1. требуется проведение теста на генерацию ИФР-1
2. требуется проведение одной стимуляционной пробы
3. проведение СТГ-стимуляционных проб не требуется
4. требуется проведение двух стимуляционных проб

131. СОЧЕТАНИЕ У ПАЦИЕНТА ДИАРЕИ С СОДЕРЖАНИЕМ В КАЛЕ БОЛЬШОГО КОЛИЧЕСТВО ЖИРОВ, СНИЖЕНИЕ ВЕСА С НАЛИЧИЕМ ПЕПТИЧЕСКИХ ЯЗВ, РЕФРАКТЕРНЫХ К ЛЕЧЕНИЮ, ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1. инсулиномы
2. кортикотропиномы
3. гастриномы
4. виомы

132. НЕКОТОРЫЕ ДЕТИ ПРИ СИНДРОМЕ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ТИРЕОИДНЫМ ГОРМОНАМ ПОЛУЧАЮТ ЛЕЧЕНИЕ

1. тиреостатиками
2. трийодтироуксусной кислотой (TRIAС)
3. препаратами йода
4. левотироксином

133. ОСНОВНЫМ СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ПРИ СИНДРОМЕ ХИППЕЛЯ - ЛИНДАУ ЯВЛЯЕТСЯ

1. динамическое наблюдение
2. медикаментозное лечение

3. химиолучевая терапия
4. хирургическое лечение

134. ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ОТЕКА ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА У РЕБЕНКА, ПОЛУЧАЮЩЕГО ТЕРАПИЮ СОМАТРОПИНОМ, ЛЕЧЕНИЕ

1. продолжают под прикрытием мочегонных препаратов
2. прекращают и больше к нему не возвращаются
3. временно прекращают до полной нормализации картины глазного дна с последующим возобновлением, начиная с маленьких доз
4. временно прекращают до уменьшения отека с последующим возобновлением, начиная с маленьких доз

135. ЛЕЧЕНИЕ СОМАТРОПИНОМ ДЕВОЧЕК С СИНДРОМОМ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА СЛЕДУЕТ ОТМЕНИТЬ ИЛИ СНИЗИТЬ ДОЗУ ПРЕПАРАТА ПРИ

1. выраженной прибавке массы тела
2. повышении значений гонадотропинов
3. выявлении нарушений углеводного обмена
4. ускорении темпов роста

136. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ИНСУЛИНОМЫ У РЕБЕНКА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ПРОВЕСТИ

1. терапию глюкокортикоидами
2. терапию аналогами соматостатина
3. лучевую терапию
4. хирургическое лечение

137. ОСНОВНЫМ СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ В СОСТАВЕ МЭН 1 ЯВЛЯЕТСЯ

1. медикаментозное лечение
2. хирургическое лечение
3. динамическое наблюдение
4. химиолучевая терапия

138. ПАЦИЕНТА С ХГЧ-СЕКРЕТИРУЮЩИМИ ОПУХОЛЯМИ ПРОВОДИТСЯ

1. врачом-хирургом
2. врачом-эндокринологом
3. врачом-онкологом
4. врачом-педиатром

139. ПРИ СОХРАНЯЮЩЕМСЯ СТГ-ДЕФИЦИТЕ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ РЕ-ТЕСТИРОВАНИЯ, ЛЕЧЕНИЕ СОМАТОТРОПИНОМ

1. продолжают в метаболической дозе (0,003-0,005 мг/кг/сут)
2. продолжают в ростостимулирующей дозе (0,033 мг/кг/сут)
3. продолжают в слегка увеличенной дозе (0,04 мг/кг/сут)
4. прекращают

140. ЛЕЧЕНИЕ ИЗБЫТОЧНЫМИ ДОЗАМИ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21 -ГИДРОКСИЛАЗЫ) ПРИВОДИТ К

1. ускорению роста
2. прогрессированию костного возраста
3. прогрессированию полового развития
4. задержке роста

141. ЛЕЧЕНИЕ НЕДОСТАТОЧНЫМИ ДОЗАМИ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ В ДОПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21 -ГИДРОКСИЛАЗЫ) ПРИВОДИТ К

1. задержке роста
2. отставанию костного возраста
3. ускорению роста
4. задержке полового развития

142. ПЕРВОЙ ЛИНИЕЙ ТЕРАПИИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

1. лечение витамином Е
2. лечение витамином С
3. изменение образа жизни, направленное на снижение веса
4. лечение метформин в сочетании с витамином Е

143. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1. коррекция дефицита витамина Д
2. назначение препаратов магния
3. хирургическое лечение
4. назначение глюкокортикостероидов

144. НАЗНАЧЕНИЕ РЕЖИМА «БЛОКИРУЙ И ЗАМЕЩАЙ» ТИРЕОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРЕДПОЛАГАЕТ

1. подбор минимальной поддерживающей дозы для достижения субклинического тиреотоксикоза
2. лечение до достижения гипотиреоза с последующей отменой терапии
3. подбор минимальной поддерживающей дозы для достижения стойкого эутиреоза
4. лечение до достижения гипотиреоза с последующим добавлением в терапию левотироксина

145. ЛЕЧЕНИЕ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ОСНОВАНО НА ПРИМЕНЕНИИ

1. сбалансированного питания
2. циклических курсов витаминотерапии
3. курсов массажа в сочетании с физиопроцедурами
4. гипокалорийных диет в сочетании с занятиями в спортивных секциях

146. ЛЕЧЕНИЕ ГИПОПАРАТИРЕОЗА НАПРАВЛЕНО НА ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ РАЗВИТИЯ

1. гипокальциемии
2. гипофосфатемии
3. гиперкальциемии
4. гипокальцитонинемии

147. ЛЕЧЕНИЕ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ

1. с 14 лет
2. только при наличии осложнений
3. при любой его степени
4. только при морбидных формах

148. ПРИ ПОДТВЕРЖДЕНИИ СОХРАНЯЮЩЕГОСЯ СТГ-ДЕФИЦИТА В РЕЗУЛЬТАТЕ РЕ-ТЕСТИРОВАНИЯ ЛЕЧЕНИЕ СОМАТОТРОПИНОМ

1. возобновляют в дозе 0,05 мг/кг/сут
2. возобновляют в дозе 0,033 мг/кг/сут
3. возобновляют в дозе 0,003-0,005 мг/кг/сут
4. прекращают

149. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИИ НА ФОНЕСИНДРОМА МНОЖЕСТВЕННЫХ ЭНДОКРИННЫХ НЕОПЛАЗИЙ 1 ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ

1. назначение препаратов магния
2. хирургическое лечение
3. назначение глюкокортикостероидов
4. коррекция дефицита витамина Д

150. НАЗНАЧЕНИЕ ТИТРАЦИОННОГО РЕЖИМА ТИРЕОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРЕДПОЛАГАЕТ

1. подбор минимальной поддерживающей дозы для достижения субклинического тиреотоксикоза
2. лечение до достижения гипотиреоза с последующей отменой терапии
3. подбор минимальной поддерживающей дозы для достижения стойкого эутиреоза
4. лечение до достижения гипотиреоза с последующим добавлением в терапию левотироксина

151. У РЕБЕНКА С SDS РОСТА:-3.4, НИЗКИМ УРОВНЕМ ИФР-1И ОПЕРАТИВНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ ГИПОТАЛАМО-ГИПОФИЗАРНОЙ ОПУХОЛИ В АНАМНЕЗЕ, ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ДЕФИЦИТА СТГ

1. требуется проведение теста на генерацию ИФР-1
2. требуется проведение одной стимуляционной пробы
3. проведение СТГ-стимуляционных проб не требуется
4. требуется проведение двух стимуляционных проб

152. ЧЕРЕЗ ЧЕТЫРЕ ДНЯ ПОСЛЕ НАЧАЛА ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ СОМАТРОПИНОМ У МАЛЬЧИКА С ГИПОПИТУИТАРИЗМОМ 6 ЛЕТ БЫЛА ЗАМЕЧЕНА ЯРКАЯ ГИПЕРЕМИЯ В МЕСТЕ ИНЪЕКЦИЙ. В ДАННОЙ СИТУАЦИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО

1. продолжить терапию в прежней дозе под прикрытием антигистаминных препаратов
2. продолжить терапию в уменьшенной (на 50%) дозе под прикрытием антигистаминных препаратов до полного исчезновения гиперемии, после чего постепенно (в течение 1-3 месяцев) вернуться к исходной дозе
3. незамедлительно приостановить терапию соматропином, назначить антигистаминные препараты до полного исчезновения гиперемии, после чего возобновить лечение соматропином другой фирмы-производителя
4. продолжить терапию в увеличенной (на 50%) дозе под прикрытием антигистаминных препаратов до полного исчезновения гиперемии, после чего постепенно (в течение 1-3 месяцев) вернуться к исходной

153. САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПРИОБРЕТЕННОГО СТГ-ДЕФИЦИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ

1. аденомы гипофиза
2. краниофарингеомы
3. герминомы
4. медуллобластомы

154. НАЧИНАТЬ ЛЕЧЕНИЕ ДИФFUЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБАУ ДЕТЕЙ СЛЕДУЕТ С

1. терапии радиоактивным йодом

2. тиреостатической медикаментозной терапии
3. хирургического вмешательства физиотерапии
4. физиотерапии

155. ПАЦИЕНТКЕ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННОЙ В ЖЕНСКОМ ПАСПОРТНОМ ПОЛЕ С СИНДРОМОМ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К АНДРОГЕНАМ, СОСТОЯНИЕ ПОСЛЕ ГОНАДЭКТОМИИ В ПУБЕРТАТНОМ ВОЗРАСТЕ ПОКАЗАНО ЛЕЧЕНИЕ

1. хорионическим гонадотропином
2. эстрогенами
3. блокаторами ароматазы
4. кетоконазолом

156. НАЧИНАТЬ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГОГНОЙНОГО ТИРЕОИДИТА СЛЕДУЕТ С НАЗНАЧЕНИЯ ВЫСОКИХ ДОЗ

1. иммуностимуляторов
2. тиреостатиков
3. глюкокортикоидов
4. антибиотиков

157. ПРИ МЕДУЛЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ РЕКОМЕНДОВАНО

1. проведение радиойодтерапии
2. цитостатическая химиотерапия
3. хирургическое лечение
4. применение аналогов соматостатина

158. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1. таргетная терапия
2. полихимиотерапия
3. лучевая терапия
4. оперативное лечение

159. ПАЦИЕНТКЕ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННОЙ В ЖЕНСКОМ ПАСПОРТНОМ ПОЛЕ С ДИСГЕНЕЗИЕЙ ГОНАД 46 ху, СОСТОЯНИЕ ПОСЛЕ ГОНАДЭКТОМИИ В ПУБЕРТАТНОМ ВОЗРАСТЕ ПОКАЗАНО ЛЕЧЕНИЕ

1. хорионическим гонадотропином
2. тестостероном
3. эстрогенами
4. блокаторами ароматазы

160. ПАЦИЕНТУ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННОМУ В МУЖСКОМ ПАСПОРТНОМ ПОЛЕ С СИНДРОМОМ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К АНДРОГЕНАМ, В ПУБЕРТАТНОМ ВОЗРАСТЕ ПОКАЗАНО ЛЕЧЕНИЕ

1. тестостероном
2. хорионическим гонадотропином
3. эстрогенами
4. кетоконазолом

161. ПРИ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СЛЕДУЕТ ПОДОЗРЕВАТЬ ____, ЕСЛИ РЕБЕНОК ПРОХОДИЛ ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ АХАЛАЗИИ КАРДИИ

1. X-сцепленную адренолейкодистрофию
2. врожденную гипоплазию надпочечников

3. синдром Шмидта
4. синдром Олгроува

ПК-1.3

162. ОСОБЕННОСТЬЮ ЛФК ПРИ РАХИТИЧЕСКОЙ «КОКСА ВАРЕ» ЯВЛЯЕТСЯ

1. Укрепление мышц голени, бедра
2. Укрепление мышц спины
3. Укрепление мышц живота
4. Нормализация тонуса мышц бедра, ягодиц, живота

163. СИМПАТИКОТОНИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1. Брадикардией и усилением перистальтики кишечника
2. Бронхиальным спазмом и отеком Квинке
3. Тахикардией и ослаблением перистальтики кишечника
4. Понижением артериального давления и покраснением кожных покровов

164. КРИТЕРИЯМИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

1. Нормализация массы тела
2. Нормальное половое развитие
3. Отсутствие осложнений
4. Развитие вторичного диэнцефального синдрома

165. РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ И НАБЛЮДЕНИЕ ДЕТЕЙ ПРИ ВРОЖДЕННОМ ГИПОТИРЕОЗЕ ПРОВОДЯТ ДО:

1. Поступления в ДООУ
2. Наступления пубертата
3. Перевода во взрослую поликлинику

166. РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ЭНДЕМИЧЕСКИМ ЗОБОМ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ:

1. Устранение йоддефицита
2. Левотироксина при субклиническом гипотиреозе
3. Глюкокортикостероидов

167. НАЗНАЧАЯ ЛФК, ВРАЧ ПО ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЕ ОБЯЗАН _____ ПАЦИЕНТА

1. Уточнить лечебные задачи и скорректировать план лечения
2. Определить диагноз
3. Подобрать средства медикаментозного лечения
4. Исследовать и оценить физическое развитие, функциональное состояние и состояние здоровья

168. НЕЙРОПАТИЧЕСКАЯ БОЛЬ ОБУСЛОВЛЕНА ПОРАЖЕНИЕМ

1. Болевых рецепторов
2. Периферических нервов
3. Внутренних органов
4. Мягких тканей

169. КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ГИПОТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. Урежение числа дыхательных движений
2. Головокружение
3. Учащение диуреза
4. Повышение артериального давления до 180/100 мм рт.ст

170. ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ ПОКАЗАНЫ ПРИ ИМТ ВЫШЕ ____ КГ/М² И ПРИ СОЕДИНЕНИИ СЕРЬЕЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ЗАВИСЯЩИХ ОТ ОЖИРЕНИЯ (АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ, САХАРНОГО ДИАБЕТА, СИНДРОМА АПНОЭ ВО СНЕ)

1. 15
2. 30
3. 25
4. 35

171. К ФОРМАМ ЛФК ОТНОСИТСЯ

1. Плавание
2. Механотерапия
3. Мануальная терапия
4. Массаж

172. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В УСЛОВИЯХ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ, ПРОВОДИТСЯ ПАЦИЕНТАМ

1. Имеющим противопоказания к проведению некоторых методов реабилитации, не нуждающимся в постоянной помощи по самообслуживанию и не требующим круглосуточного наблюдения
2. Имеющим благоприятный прогноз заболевания, но имеющим противопоказания для проведения некоторых видов реабилитации и нуждающимся в постоянной помощи по самообслуживанию
3. Нуждающимся в круглосуточном наблюдении, не имеющим противопоказаний к осуществлению медицинской реабилитации, не нуждающимся в постоянной помощи по самообслуживанию
4. Имеющим реабилитационный потенциал, не имеющим противопоказаний для проведения реабилитации, не нуждающимся в постоянной помощи по самообслуживанию

173. ЗАПРЕЩАЕТСЯ ВОЗДЕЙСТВИЕ УЛЬТРАЗВУКОМ НА ОБЛАСТЬ

1. Придатков матки
2. Мочевого пузыря
3. Сердца
4. Ладони

174. В МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ КИСЛОРОДНЫХ ВАНН ВХОДИТ

1. Повышение артериального давления
2. Возбуждение нервной системы
3. Снижение активности щитовидной железы
4. Улучшение регуляции сосудистого тонуса

175. К ПОКАЗАТЕЛЮ КОНТРОЛЯ УРОВНЯ ТРЕНИРУЮЩЕЙ НАГРУЗКИ ПРИ ОЖИРЕНИИ ОТНОСИТСЯ

1. Креатинин мочи
2. Кальций крови
3. Объем экскурсии грудной клетки

4. Частота сердечных сокращений

176. К СРЕДСТВАМ ЛФК У ДЕТЕЙ С ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОТНОСЯТ

1. Закаливающие процедуры
2. Физические упражнения
3. Подвижные игры
4. Туризм

177. ЗАБОЛЕВАНИЕМ, КОТОРОЕ ЧАСТО ОСЛОЖНЯЕТСЯ РАЗВИТИЕМ КАТАРАКТЫ, ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Гипертоническая болезнь
2. Вегето – сосудистая дистония
3. Сахарный диабет
4. Диффузный токсический зоб

178. ОБУЧЕНИЕ ПО ПРОГРАММЕ «ШКОЛА ДИАБЕТА» ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ДЛЯ БОЛЬНЫХ:

1. 15 – 20 часов при первичной постановке диагноза
2. Ежегодное обучение детей и родителей по специально разработанным программам
3. На усмотрение родителей
4. Не регламентировано.

179. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ФЕТОПАТИИ:

1. Большая масса и склонность новорожденного к гипогликемиям в первые дни жизни.
2. Множественные пороки развития и склонность к гипокальциемии
нормальные показатели длины и массы тела новорожденного
3. Частые внутриутробные пневмонии
4. Малый вес плода и анемия

180. ЕСЛИ ПАЦИЕНТ, ПОЛУЧАЮЩИЙ ИНСУЛИН, ДОЛЖЕН ВЫПОЛНИТЬ БОЛЬШУЮ, ЧЕМ ОБЫЧНО ФИЗИЧЕСКУЮ НАГРУЗКУ, ЕМУ СЛЕДУЕТ ПРЕДВАРИТЕЛЬНО:

1. Дополнительно поесть
2. Ввести дополнительно инсулин
3. Сделать разминку
4. Полежать 15 мин
5. Определить уровень глюкозы в крови

181. ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ ПОТРЕБНОСТЬ РЕБЕНКА, БОЛЬНОГО ДИАБЕТОМ, РАССЧИТЫВАЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ:

1. $1000 + (100 \times \text{возраст в годах})$
2. $1000 - (100 \times \text{возраст в годах})$
3. 25 - 30ккал/кг/сут
4. 30 - 35ккал/кг/сут
5. 35 - 40ккал/кг/сут

ПК-1.4

182. НА СКОЛЬКО ДНЕЙ ВРАЧ-ДЕТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГ МОЖЕТ ВЫДАТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА РЕБЕНКОМ СТАРШЕ 7 ЛЕТ С ДИФФУЗНЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ ПРИ СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ?

- 1) До 1 месяца;
- 2) На весь срок лечения после заключения врачебной комиссии о необходимости осуществления ухода.
- 3) До 14 дней
- 4) До десяти календарных дней включительно

183. КРИТЕРИЕМ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ РЕБЕНКУ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;
- 2) Ограничение жизнедеятельности (полная или частичная утрата гражданином способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью);
- 3) Необходимость в мероприятиях по реабилитации и абилитации.
- 4) Верны все варианты ответов.

184. ВРАЧ-ДЕТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГ МОЖЕТ ВЫДАТЬ ЛИСТОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА РЕБЕНКОМ-ИНВАЛИДОМ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА В ВОЗРАСТЕ ДО 18 ЛЕТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЕГО В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

- 1) Выдается за весь период лечения ребенка при совместном пребывании с ребенком в стационарных условиях
- 2) Не выдается
- 3) Выдается за весь период лечения ребенка в амбулаторных условиях, но не более чем за 120 календарных дней в календарном году по всем случаям ухода за этим ребенком
- 4) Выдается за весь период при совместном пребывании с ребенком в стационарных условиях, но не более чем за 120 календарных дней в календарном году по всем случаям ухода за этим ребенком.

185. КАТЕГОРИЯ «РЕБЕНОК-ИНВАЛИД» УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ У РЕБЕНКА С ЭНДОКРИННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

- 1) Стойких нарушений организма в диапазоне от 70 до 80%
- 2) Стойких нарушений организма в диапазоне от 40 до 100%
- 3) Стойких нарушений организма в диапазоне от 10 до 30%
- 4) Стойких нарушений организма в диапазоне от 40 до 60%

186. У РЕБЕНКА С ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ СТОЙКАЯ УТРАТА ТРУДОСПОСОБНОСТИ ОБУСЛОВЛЕНА:

- 1) Хроническим заболеванием
- 2) Врожденным заболеванием
- 3) Нарушением здоровья
- 4) Необратимой утратой функций.

187. В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ СТОЙКИХ РАССТРОЙСТВ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА, ВОЗНИКШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ, РЕБЕНКУ, ПРИЗНАННОМУ ИНВАЛИДОМ, УСТАНОВЛИВАЕТСЯ

- 1) I,
- 2) II
- 3) III группа инвалидности,
- 4) Категория "ребенок-инвалид".

ПК-1.5

188. ОСНОВНЫМИ ГРУППАМИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. только показатели заболеваемости и инвалидности;
2. только демографические показатели;
3. только демографические показатели, показатели заболеваемости и инвалидности;
4. демографические показатели, показатели заболеваемости, инвалидности и физического развития;
5. демографические показатели, показатели заболеваемости, инвалидности, физического развития, обращаемости за медицинской помощью.

189. ОСНОВНЫМИ ИСТОЧНИКАМИ ИНФОРМАЦИИ О ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. официальные статистические материалы о смертности и рождаемости;
2. данные страховых компаний;
3. данные анонимного опроса населения;
4. данные мониторинга посещений населением медицинских организаций по поводу заболеваний и травм;
5. все вышеперечисленное.

190. ИЗ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ КРИТЕРИЕВ УРОВНЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ГЛАВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ЗДОРОВЬЯ НАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ:

1. уровня детской смертности;
2. трудового потенциала населения;
3. ожидаемой продолжительности жизни;
4. младенческой смертности;
5. перинатальной смертности.

191. КОЛИЧЕСТВЕННЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. средняя продолжительность лечения;
2. средняя длительность пребывания больного в стационаре;
3. уровень заболеваемости;
4. структура заболеваемости;
5. все вышеперечисленное.

192. КАЧЕСТВЕННЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. средняя продолжительность лечения;
2. кратность заболеваний в год;
3. уровень заболеваемости;
4. структура заболеваемости;
5. все вышеперечисленное.

193. УДЕЛЬНЫЙ ВЕС БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В ГОРОДЕ А. СОСТАВЛЯЕТ 32%, А В ГОРОДЕ В. – 22% СРЕДИ ВСЕХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. МОЖНО ЛИ УТВЕРЖДАТЬ, ЧТО В ГОРОДЕ В. ЭТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВСТРЕЧАЮТСЯ РЕЖЕ?

1. можно, так как данные показатели характеризуют частоту патологии;
2. можно, так как процент заболеваний в городе В. явно ниже;
3. можно, так как данные показатели характеризуют распространенность заболеваний;

4. нельзя, так как неизвестно общее число заболеваний в каждом городе, принятое за 100%;
5. нельзя, так как неизвестны ошибки данных показателей.

194. ПОКАЗАТЕЛЯМИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОЕЧНОГО ФОНДА ЯВЛЯЮТСЯ:

1. выполнение плана койко-дней и показатели летальности;
2. показатели оборота койки, средней занятости койки и больничной летальности;
3. показатели оборота койки и среднегодовой занятости койки;
4. показатели летальности и хирургической активности;
5. любой из вышеперечисленных показателей.

195. КАКИМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ИЗМЕРЯЕТСЯ ОБЪЕМ ПОТРЕБНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В АМБУЛАТОРНОЙ – ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ?

1. нормы нагрузки врачей, работающих в поликлинике;
2. функция врачебной должности;
3. среднее число посещений в поликлинику на одного жителя в год;
4. численность обслуживаемого населения;
5. доля лиц, находящихся на диспансерном наблюдении по поводу хронического заболевания.

196. ЧТО ПОНИМАЕТСЯ ПОД ПОТРЕБНОСТЬЮ НАСЕЛЕНИЯ В ГОСПИТАЛИЗАЦИИ?

1. число коек на определенную численность населения;
2. доля населения, нуждающегося в госпитализации;
3. число госпитализированных за год больных;
4. число врачебных должностей стационара на определенную численность населения;
5. доля населения, высказавшая желание госпитализироваться для прохождения обследования и лечения, по данным опроса.

Контролируемые компетенции: ПК-2

1. КАКИЕ СУЩЕСТВУЮТ ВИДЫ ИСТОЧНИКОВ ПЕРСОНАЛА ДЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ?

1. Первичные и вторичные.
2. Основные и дополнительные.
3. Прямые и косвенные.
4. Внутренние и внешние.
5. Все вышеперечисленное верно

2. ПОД ТЕКУЧЕСТЬЮ ПЕРСОНАЛА В ОРГАНИЗАЦИИ ПОНИМАЕТСЯ

1. все виды увольнений из организации;
2. увольнение по собственному желанию
3. увольнения по собственному желанию и инициативе работодателя как мере дисциплинарного взыскания;
4. увольнения по инициативе работодателя по любым основаниям;
5. увольнение по собственному желанию и по сокращению штатов.

3. В КАКОЙ СИТУАЦИИ ВЫ ПРИМЕТЕ САМОЕ РИСКОВАННОЕ РЕШЕНИЕ:

1. под руководством вышестоящего лица
2. действуя в одиночку
3. находясь в группе
4. с деловым партнером

4. ЧЛЕН ГРУППЫ, ЗА КОТОРЫМ ОНА ПРИЗНАЕТ ПРАВО ПРИНИМАТЬ ОТВЕТСТВЕННЫЕ РЕШЕНИЯ В ЗНАЧИМЫХ ДЛЯ НЕЕ СИТУАЦИЯХ:

1. преподаватель
2. руководитель
3. авторитет
4. лидер

5. ИНДИВИД, КОТОРЫЙ НАДЕЛЕН ВЛАСТЬЮ НАГРАЖДАТЬ И НАКАЗЫВАТЬ ДРУГИХ ЧЛЕНОВ СВОЕЙ ГРУППЫ:

1. авторитет
2. лидер
3. руководитель
4. преподаватель

6. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ИМЕЕТ ОТНОШЕНИЕ К СТРАТЕГИЯМ ПОВЕДЕНИЯ В КОНФЛИКТЕ:

1. уступка, уход, сотрудничество
2. компромисс, критика, борьба
3. борьба, уход, убеждение

7. ЧТО ОТНОСИТСЯ К ПОВЕДЕНЧЕСКИМ КОНФЛИКТОГЕНАМ:

1. проявление агрессии, превосходства, эгоизма
2. редукция сознательной части психики
3. общение с конфликтными личностями

Контролируемые компетенции: ПК-3

1. РАЗВИТИЕ ПЕДАГОГИКИ ОПРЕДЕЛЯЕТ:

- 1) прогресс науки и техники.
- 2) биологический закон сохранения рода.
- 3) объективная потребность в подготовке человека к жизни и труду.
- 4) повышение роли воспитания в общественной жизни
- 5) социально- экономические преобразования.

2. ПРИНЦИПЫ ОБУЧЕНИЯ - ЭТО:

- 1) приемы работы по организации процесса обучения
- 2) тезисы теории и практики обучения и образования
- 3) основные положения теории обучения
- 4) средства народной педагогики и современного педагогического процесса
- 5) условия педагогического процесса.

3. ЦЕЛОСТНЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС - ЭТО:

- 1) единство воспитания и обучения
- 2) взаимодействие школы, семьи и общественности
- 3) целенаправленный процесс взаимодействия учителя и учащихся
- 4) обучение и воспитание
- 5) совместная система всех институтов воспитания

4. ЭФФЕКТИВНЫЙ СТИЛЬ УПРАВЛЕНИЯ ПЕДАГОГИЧЕСКИМ ПРОЦЕССОМ:

- 1) нейтральный
- 2) либеральный

- 3) авторитарный
- 4) оппозиционный
- 5) демократический

5. СТРУКТУРНЫЕ КОМПОНЕНТЫ ОБУЧЕНИЯ:

- 1) целевой,
- 2) положительный
- 3) отрицательный
- 4) качественный
- 5) комплексный

6. ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ - ЭТО:

- 1) основные идеи, положенные в основу достижения педагогических целей
- 2) основные требования
- 3) исходные положения
- 4) руководство к действию
- 5) воспитательные возможности.

7. ДИДАКТИЧЕСКИМИ ПРИНЦИПАМИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) наглядность обучения
- 2) активизация межличностных отношений
- 3) познание закономерностей окружающей действительности
- 4) обеспечение конкурентоспособности
- 5) инновационность обучения

8. ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ НА:

- 1) общепредметные, предметные и модульные.
- 2) общепредметные, предметные, модульные и частнометодические.
- 3) общепредметные и предметные.
- 4) предметные и модульные.
- 5) интегративные и комбинированные.

9. ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА – ЭТО:

- 1) материальные объекты, предназначенные для организации и осуществления педагогического процесса
- 2) методы и приемы реализуемой педагогической технологии
- 3) формы организации обучения
- 4) организация учебного пространства
- 5) содержание педагогического процесса

10. ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ – ЭТО:

- 1) набор операций по конструированию, формированию и контролю знаний, умений, навыков и отношений в соответствии с поставленными целями.
- 2) инструментарий достижения цели обучения.
- 3) совокупность положений, раскрывающих содержание какой-либо теории, концепции или категории в системе науки.
- 4) устойчивость результатов, полученных при повторном контроле, а также близких результатов при его проведении разными преподавателями.
- 5) совокупность методов и приемов обучения

11. МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ – ЭТО:

- 1) способы совместной деятельности учителя и учащихся, направленные на решения задач обучения.
- 2) монологическая форма изложения, призвана ретранслировать систему социального опыта.
- 3) средство самообучения и взаимообучения.
- 4) пути познания объективной реальности в условиях многоаспектного рассмотрения гносеологических механизмов и познавательной активности учащихся.
- 5) условия обучения.

12. ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ИННОВАЦИИ - ЭТО:

- 1) нововведения в учебно - воспитательном процессе с целью повышения его эффективности
- 2) реализация культурно- исторического опыта предшествующих поколений
- 3) внедрение научно- исследовательских проектов
- 4) активизация мотивации к обучению
- 5) совокупность интерактивных методов обучения

13. СЛОВЕСНЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ:

- 1) беседа
- 2) демонстрация картин, иллюстраций
- 3) продуктивная деятельность
- 4) упражнения
- 5) компьютерные средства

14. НАГЛЯДНЫЕ СРЕДСТВА ОБУЧЕНИЯ:

- 1) опрос учащихся
- 2) рассматривание картин
- 3) тренинг
- 4) рассказ
- 5) объяснение

15. ПРЕПОДАВАНИЕ – ЭТО:

- 1) передача учащимся знаний, умений, навыков
- 2) управление усвоением в рамках отдельных познавательных задач
- 3) управление учебно-познавательной деятельностью обучаемых
- 4) реализация принципа связи теории и практики
- 5) реализация принципа активности познавательной деятельностью обучаемых

16. КОНТРОЛЬ - ЭТО:

- 1) проверка результатов самообучения.
- 2) это обратная связь учителя с учеником в процессе преподавание
- 3) система оценочно-отметочной деятельности
- 4) механизм проверки знаний, умений, навыков учащихся.
- 5) метод обучения

17. ВИДЫ КОМПЕТЕНЦИЙ:

- 1) универсальные, общепрофессиональные, профессиональные
- 2) индивидуально – личностные
- 3) социологические
- 4) предметные
- 5) дисциплинарные

18. ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ СТАНДАРТ - ЭТО:

- 1) нормативно - правовой законодательный документ
- 2) основа формирования профессионализма
- 3) совокупность компетенций
- 4) регламентирующий проект
- 5) процесс обновления системы образования

Контролируемые компетенции: ПК-4

1. ЭКСПЕРИМЕНТ ЭТО:

- 1) процесс накопления эмпирических знаний
- 2) процесс измерения или наблюдения за действием с целью сбора данных
- 3) изучение с охватом всей генеральной совокупности единиц наблюдения
- 4) математическое моделирование процессов реальности

2. ОСНОВЫВАЯСЬ НА ВАШИХ ЛИЧНЫХ НАБЛЮДЕНИЯХ ВЫ ОПЕРИРУЕТЕ:

- 1) объективной вероятностью
- 2) классической вероятностью
- 3) эмпирической вероятностью
- 4) субъективной вероятностью

3. ПЕРВИЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ СТАТИСТИЧЕСКОЙ СОВОКУПНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) объект наблюдения
- 2) признак
- 3) единица наблюдения
- 4) группа признаков

4. К КАЧЕСТВЕННЫМ ПРИЗНАКАМ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) рост
- 2) пол
- 3) масса тела
- 4) жизненная емкость легких

5. К КОЛИЧЕСТВЕННЫМ ПРИЗНАКАМ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) рост
- 2) пол
- 3) исход заболевания
- 4) вид заболевания

6. НАУКА, РАЗРАБАТЫВАЮЩАЯ МЕТОДЫ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ, НАЗЫВАЕТСЯ:

- 1) клиническая эпидемиология
- 2) фармацевтика
- 3) кибернетика
- 4) медицинская статистика