

## 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 СООТВЕТСТВИИ 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 УСТАНОВЛИВАЮТСЯ 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 КРИТЕРИИ 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  $\geq 12$  тыс./мкл при количестве палочкоядерных элементов  $\geq 10\%$ .
- 3) лейкоцитоз в общем анализе крови  $\geq 10$  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) цефуроксим
- 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. ПОСЛЕДНИЙ ПРИЕМ ПИЩИ ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ ПЕРОРАЛЬНОГО ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА ДОЛЖЕН

1. Быть полностью безуглеводным
2. Содержать не менее 1 грамма белка на кг массы тела
3. Содержать не менее 100 грамм углеводов
4. Содержать 30-50 грамм углеводов

2. ПРИ НАЛИЧИИ СИМПТОМОВ ОСТРОЙ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ДОСТАТОЧНО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГЛИКЕМИИ, НАХОДЯЩЕГОСЯ В ДИАБЕТИЧЕСКОМ ДИАПАЗОНЕ

1. Трехкратного
2. Однократного
3. Двухкратного
4. Четырехкратного

3. ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ МАКРОАНГИОПАТИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПОРАЖАЮТСЯ

1. Артерии
2. Вены
3. Капилляры

#### 4. Вены

#### 4. К ОСТРЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ САХАРНОГО ДИАБЕТА ОТНОСЯТ

1. Острый инфаркт миокарда
2. Сепсис
3. Диабетический кетоацидоз
4. Гемофтальм

#### 5. ЛЕГКАЯ СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1. САД >90 мм рт.ст., рН артериальной крови 7,25-7,3, калий плазмы >3,5 ммоль/л
2. САД <100 мм рт.ст., рН артериальной крови <7,25, появление лактата >5,0
3. Сонливость, бикарбонат плазмы 10-<15 ммоль/л, калий плазмы <3,5 ммоль/л
4. САД <90 мм рт.ст., рН артериальной крови <7,0, калий плазмы <3,5 ммоль/л

#### 6. ОСНОВНЫМ ПУСКОВЫМ МЕХАНИЗМОМ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК СЛУЖИТ

1. Гиперкалиемика
2. Гипофосфатемия
3. Гиперкальциемия
4. Гипокальциемия

#### 7. ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ МИНЕРАЛЬНО-КОСТНОГО ОБМЕНА ПАЦИЕНТАМ, ПЕРЕНЕСШИМ ТРАНСПЛАНТАЦИЮ ПОЧКИ, НЕОБХОДИМ ДИНАМИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ

1. Кальция, фосфора, ПТГ
2. Магния, АСТ, АЛТ
3. Калия, натрия, хлора
4. Кальция, кальцитонина

#### 8. СОВРЕМЕННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ОСНОВАНА НА

1. Лейкоцитурии, эритроцитурии
2. Скорости клубочковой фильтрации, альбуминурия/протеинурия, соотношение альбумин/креатинин мочи
3. рН мочи, эритроцитурии
4. Лейкоцитурии, никтурии

#### 9. КОНТРОЛЬ ОБЩЕГО АНАЛИЗА МОЧИ У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА БЕЗ ОСЛОЖНЕНИЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ 1 РАЗ В (МЕСЯЦАХ)

1. 12
2. 1
3. 3
4. 6

#### 10. КОНТРОЛЬ ЛИПИДОВ КРОВИ ПРИ ЦЕЛЕВЫХ ЗНАЧЕНИЯХ У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ХБП С3 А1-3 ПОКАЗАНО 1 РАЗ В \_\_\_ МЕСЯЦА/МЕСЯЦЕВ

1. 12
2. 6
3. 9
4. 3

11. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

1. Быстрое начало и асимметричность симптомов нейропатии
2. Дебют сахарного диабета 2 типа
3. Дебют сахарного диабета 1 типа
4. Наличие болевой формы дистальной диабетической полинейропатии

12. НОРМАЛЬНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ЙОДА В 1 КГ ЙОДИРОВАННОЙ СОЛИ СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_МГ

1. 100
2. 60
3. 40
4. 20

13. О НАЛИЧИИ ТЯЖЕЛОГО ЙОДНОГО ДЕФИЦИТА В РЕГИОНЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ УРОВЕНЬ МЕДИАННОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ ЙОДУРИИ МЕНЕЕ \_\_\_МКГ/Л

1. 20
2. 100
3. 150
4. 50

14. К ФАКТОРАМ, ПОВЫШАЮЩИМ УРОВЕНЬ ГЛОБУЛИНА, СВЯЗЫВАЮЩЕГО ПОЛОВЫЕ СТЕРОИДЫ, ОТНОСИТСЯ

1. Беременность
2. Акромегалия
3. Ожирение
4. Сахарный диабет 2 типа

15. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ

1. Ингибина В
2. Антимюллерова гормона
3. Тестостерона
4. Альдостерона

16. С ЦЕЛЬЮ ИСКЛЮЧЕНИЯ МЕТАСТАЗОВ ФОЛЛИКУЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЛИМФОУЗЛАХ ШЕИ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ СО СМЫВОМ ИЗ ИГЛЫ НА

1. Тироксин
2. Тиреоглобулин
3. Кальцитонин
4. ТТГ

17. ПОДАВЛЕННЫЙ ТТГ С НОРМАЛЬНЫМ УРОВНЕМ СВОБОДНОГО Т4 И СВОБОДНОГО Т3 СООТВЕТСТВУЕТ

1. Субклиническому гипотиреозу
2. Манифестному тиреотоксикозу
3. Субклиническому тиреотоксикозу
4. Манифестному гипотиреозу

18. УРОВЕНЬ ГЛИКЕМИИ ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА ПОСЛЕ ПЕРОРАЛЬНОГО ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА (В ВЕНОЗНОЙ КРОВИ) БОЛЕЕ ИЛИ РАВНЫЙ \_\_\_ММОЛЬ/Л СООТВЕТСТВУЕТ КРИТЕРИЮ САХАРНОГО ДИАБЕТА

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

19. ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА ПРИ СИНДРОМЕ ГИПЕРКОРТИЦИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ

1. Повышение секреции СТГ
2. Повышение всасывания кальция в кишечнике
3. Торможение катаболизма белка
4. Усиление катаболизма белка

20. ПОЛУЧЕННЫЕ В ХОДЕ ПЕРОРАЛЬНОГО ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА (В ВЕНОЗНОЙ КРОВИ) ЗНАЧЕНИЯ 7,0 ММОЛЬ/Л НАТОЩАК И 11,1 ММОЛЬ/Л ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О

1. Норме
2. Нарушенной гликемии натощак
3. Нарушенной толерантности к глюкозе
4. Сахарном диабете

21. ПЕРОРАЛЬНЫЙ ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНЫЙ ТЕСТ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ

1. Утром
2. Вечером
3. В любое время суток
4. После 12.00

22. ПЕРОРАЛЬНЫЙ ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНЫЙ ТЕСТ НЕ ПРОВОДИТСЯ

1. На фоне острого заболевания
2. Взрослым старше 50 лет
3. Во время беременности
4. Детям

23. В КАЧЕСТВЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО КРИТЕРИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ВЫБРАН УРОВЕНЬ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА (В ПРОЦЕНТАХ)

1. Более или равный 6,0
2. Менее 6,5
3. Более или равный 6,5
4. Более 7,0

24. СИНОНИМОМ НИЖНЕГО ТИПА ОЖИРЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОЖИРЕНИЕ

1. Гиноидное
2. Вторичное
3. Андроидное
4. Висцеральное

25. ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОЖИРЕНИЯ У

1. Пациентов с сахарным диабетом 1 типа
2. Лиц, придерживающихся диетических рекомендаций

3. Беременных женщин
4. Лиц с нарушениями пищевого поведения

26. НОРМАЛЬНОЙ МАССЕ ТЕЛА СООТВЕТСТВУЕТ ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА \_\_\_\_\_ КГ/М<sup>2</sup>

1. 44,1
2. 23,5
3. 25,9
4. 30,5

27. ТТГ-НЕЗАВИСИМОМУ ТИРЕОТОКСИКОЗУ СООТВЕТСТВУЕТ

1. Низкий ТТГ и низкий св.Т4
2. Нормальный ТТГ и нормальный св.Т4
3. Высокий ТТГ и низкий св.Т4
4. Низкий ТТГ и высокий св.Т4

28. ТИРЕОТОКСИКОЗ БЕЗ ГИПЕРФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

1. Подостром тиреоидите
2. Тиреотропиноме
3. Хорионкарциноме
4. Болезни Грейвса

29. ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПУНКТАТА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДОЛЖНО ФОРМУЛИРОВАТЬСЯ ПО МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ

1. TIRADS
2. Burch and Wartofsky
3. Bethesda
4. SCORE

30. АТИПИЯ НЕОПРЕДЕЛЕННОГО ЗНАЧЕНИЯ СООТВЕТСТВУЕТ \_\_\_\_\_ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ КАТЕГОРИИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ BETHESDA

1. IV
2. III
3. V
4. II

31. ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ ТОНКОИГОЛЬНОЙ АСПИРАЦИОННОЙ БИОПСИИ УЗЛОВОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ «BETHESDA, V» ДАЛЬНЕЙШАЯ ТАКТИКА ВКЛЮЧАЕТ

1. Динамическое УЗИ наблюдение
2. Молекулярно-генетическое исследование
3. Хирургическое лечение
4. Повторное проведение ТАБ

32. ВОЗНИКНОВЕНИЕ ЭПИЗОДОВ ГИПОГЛИКЕМИИ ПОСЛЕ НАЗНАЧЕНИЯ ЛЕВОТИРОКСИНА ПО ПОВОДУ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О ВЕРОЯТНОМ НАЛИЧИИ

1. Пролактиномы
2. Гастрономы

3. Надпочечниковой недостаточности
4. Несахарного диабета

33. ПО ДАННЫМ ВОЗ НОРМАЛЬНЫЙ ОБЪЕМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДЛЯ \_\_\_\_ СОСТАВЛЯЕТ ДО 25СМ<sup>3</sup>

1. Женщин
2. Детей
3. Мужчин
4. Подростков

34. НАЛИЧИЕ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ У ПАЦИЕНТА С НЕВРИНОМАМИ СЛИЗИСТЫХ ТРЕБУЕТ ИСКЛЮЧЕНИЯ

1. Незидиобластоз
2. Пролактиномы
3. Медуллярного рака щитовидной железы
4. Аденокарциномы надпочечников

35. ПО ДАННЫМ РЕТРОСПЕКТИВНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПЕРЕД ОПЕРАТИВНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ А-БЛОКАТОРЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ НАЗНАЧЕНЫ МИНИМУМ ЗА \_\_\_\_ДО ОПЕРАЦИИ

1. 7 дней
2. 2 месяца
3. 2 дня
4. 1 месяц

36. К МЕДИЦИНСКИМ ФАКТОРАМ РИСКА ПАДЕНИЙ ОТНОСЯТ

1. Скользкий пол
2. Протянутые провода
3. Отсутствие помощи при ходьбе
4. Плохое питание

37. К ФАКТОРАМ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ, ПОВЫШАЮЩИМ РИСК ПАДЕНИЙ, ОТНОСЯТ

1. Падения в анамнезе
2. Нарушения баланса
3. Головокружения
4. Протянутые провода

38. К НЕВРОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ РИСКА ПАДЕНИЙ ОТНОСЯТ

1. Саркопению
2. Старческий возраст
3. Снижение чувствительности ног
4. Плохое зрение

39. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ПЕРЕЛОМОВ ПРИ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ОСТЕОПОРОЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ

1. Пальцы рук и ног
2. Ребра
3. Грудной и поясничные отделы позвоночника
4. Кости таза

40. ОЦЕНКА МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТИ В ОБЛАСТИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ ПРОВОДИТСЯ ПРИ

1. Гипопаратиреозе
2. Дефиците массы тела
3. Остеомаляции
4. Невозможности измерения МПК в поясничном отделе позвоночника и проксимальном отделе бедренной кости

41. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АКРОМЕГАЛИИ ИСПОЛЬЗУЮТ ПРОБУ

1. С соматолиберином
2. С инсулиновой гипогликемией
3. С тиреолиберином
4. СТГ в ходе ПГТТ

42. СТАНДАРТНАЯ МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ СТИМУЛЯЦИОННОЙ ПРОБЫ С ГОНАДОТРОПИН-РЕЛИЗИНГ-ГОРМОНОМ (ДИФЕРЕЛИНОМ П/К) ВКЛЮЧАЕТ

1. Исследование уровней ЛГ и ФСГ на 0 мин, через 15, 30, 45 и 60 мин
2. Исследование уровней ЛГ и ФСГ на 0 мин, через 30 мин и 60 мин
3. Исследование уровней ЛГ и ФСГ на 0 мин, через 60 мин и 4 часа
4. Исследование уровней ЛГ и ФСГ на 0 мин, через 120 мин и 24 часа

43. ПРОБА С КЛОМИФЕНОМ ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ

1. Гипогонадотропного гипогонадизма
2. Врожденной дисфункции коры надпочечников
3. Надпочечниковой недостаточности
4. Эндогенного гиперкортицизма

44. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА, ПРОДУЦИРУЮЩИЕ

1. СТГ
2. ФСГ и ЛГ
3. Пролактин
4. АКТГ

45. НАИБОЛЬШЕЙ ИНФОРМАТИВНОСТЬЮ ДЛЯ ВИЗУАЛИЗАЦИИ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА ОБЛАДАЕТ

1. МРТ
2. Рентгенография черепа
3. КТ
4. ПЭТ-КТ

46. ЭСТРОГЕНПРОДУЦИРУЮЩИЕ ОПУХОЛИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

1. Яркой клиникой с развитием феминизации у мужчин, но никак не проявляя себя у женщин
2. Невыраженной клиникой с развитием признаков феминизации у мужчин, но не проявляя себя у женщин
3. Отсутствием явных клинических проявлений как у мужчин, так и у женщин
4. Невыраженной клиникой с развитием признаков вирилизации у женщин, без проявлений у мужчин

47. ЗАПОДОЗРИТЬ ВДКН, ВСЛЕДСТВИЕ ДЕФИЦИТА 11В-ГИДРОКСИЛАЗЫ, ОТЛИЧИВ ЕЕ ОТ ВИРИЛЬНОЙ ФОРМЫ МОЖНО В СЛУЧАЯХ \_\_АРТЕРИАЛЬНОГО

ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ НА ГЛЮКОКОРТИКОИДНОЙ ТЕРАПИИ \_\_\_\_\_ ПРИЗНАКОВ ПЕРЕДОЗИРОВКИ ПРЕПАРАТОВ

1. Повышения; при наличии
2. Повышения; в отсутствии
3. Понижения; при наличии
4. Понижения; в отсутствии

48. СТИГМЫ ДИСЭМБРИОГЕНЕЗА, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ СИНДРОМА ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА, ВКЛЮЧАЮТ

1. Пятна на коже цвета «кофе с молоком»
2. Разный цвет радужки глаз
3. Арахнодактилию
4. Крыловидные складки на шее

49. ПРИ РЕГУЛЯРНОМ МЕНСТРУАЛЬНОМ ЦИКЛЕ ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЕЙ ГОНАДОТРОПИНОВ ДОЛЖНО ПРОВОДИТЬСЯ НА \_\_\_\_\_ ДЕНЬ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

1. 1-3
2. 20-22
3. 5-7
4. 12-14

50. ЕВНУХОИДНЫЕ ПРОПОРЦИИ ТЕЛА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СИНДРОМА

1. Кушинга
2. Клайнфельтера
3. Морриса
4. Шерешевского-Тернера

**ПК-1.2**

51. ОТЕК МОЗГА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРОСМОЛЯРНОГО ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

1. Введения больших доз препаратов калия
2. Острой почечной недостаточности
3. Быстрого снижения глюкозы крови, избыточного введения 0,45% раствора NaCl
4. Медленного снижения глюкозы крови, введения 0,9% раствора NaCl, при уровне  $Na^+ < 145$  ммоль/л

52. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРОСМОЛЯРНОГО ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПРИ УРОВНЕ СКОРЕКТИРОВАННОГО  $Na^+$  145-165 ММОЛЬ/Л ПОКАЗАНО

1. NaCl раствора 0,9%
2. NaCl раствора 0,45%
3. Глюкозы раствора 5%
4. Коллоидных растворов

53. ПРИ ГЕСТАЦИОННОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ В СЛУЧАЕ ПОВЫШЕНИЯ ГЛИКЕМИИ ВЫШЕ ЦЕЛЕВОГО ЧЕРЕЗ 1 ЧАС ПОСЛЕ НАЧАЛА ПРИЕМА ПИЩИ НА ФОНЕ СОБЛЮДЕНИЯ ДИЕТОТЕРАПИИ ПОКАЗАНО

1. Инициация терапии инсулином ультракороткого действия
2. Исключение углеводов из рациона питания
3. Инициация терапии инсулином средней продолжительности действия
4. Инициация терапии инсулином длительного действия

54. ОДНА ХЕ РАВНА КОЛИЧЕСТВУ ПРОДУКТА, СОДЕРЖАЩЕГО

1. 10-12 грамм углеводов
2. 50 грамм углеводов
3. 10 грамм белка
4. 12 грамм жира

55. У БЕРЕМЕННЫХ РАЗРЕШЕН К ПРИМЕНЕНИЮ ИНСУЛИН

1. Глулизин
2. Деглудек
3. Инсулин лиспро двухфазный
4. Лиспро

56. ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТА СО СРЕДНЕЙ СТЕПЕНЬЮ ТЯЖЕСТИ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА ПОКАЗАНО В

1. Амбулаторных условиях
2. Отделении реанимации
3. Эндокринологическом отделении
4. Терапевтическом отделении

57. ДЛЯ ВЫВЕДЕНИЯ ИЗ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ ПРОВОДЯТ ВНУТРИВЕННОЕ\_\_\_ ВВЕДЕНИЕ ГЛЮКОЗЫ РАСТВОРА\_\_\_

1. Капельное; 10%
2. Струйное; 40%
3. Капельное; 5%
4. Капельное; 40% в 6-8 ЕД инсулина

58. ПИК ИНСУЛИНА УЛЬТРАКОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ЧЕРЕЗ \_\_\_ ЧАСА/ЧАСОВ

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

59. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЭФФЕКТА ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ИНСУЛИНА СВЕРХДЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ\_\_\_ ЧАСОВ

1. Более 42
2. До 24
3. До 29
4. До 36

60. РАСЧЕТНАЯ ДОЗА ИНСУЛИНА В РЕЖИМЕ МАЛЫХ ДОЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА СОСТАВЛЯЕТ (ЕД/КГ/ЧАС)

1. 0,5
2. 0,7
3. 0,1-0,15
4. 0,3

61. ОШИБКОЙ В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРОСМОЛЯРНОГО СОСТОЯНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1. Введение коллоидных растворов
2. Назначение мочегонных средств
3. Проведение регидратации

4. Введение препаратов калия

62. ПАЦИЕНТАМ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПЕТЛЕВЫЕ ДИУРЕТИКИ НАЗНАЧАЮТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ

1. Хронической сердечной недостаточности
2. Подагры
3. Микроальбуминурии
4. ХБП С3а

63. ПАЦИЕНТУ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ПОДАГРОЙ ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

1. Лозартана
2. Эналаприла
3. Гидрохлортиазида
4. Спинолактона

64. РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПОКАЗАНА ПРИ

1. ЛПИ > 1,4
2. Боли в нижней конечности при положительном симптоме Ласега
3. Боли в нижней конечности при ходьбе менее 250 м
4. ЛПИ <0,4, при наличии длительно незаживающей раны

65. НА СТАДИИ С1-5 ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ДОПУСТИМ ПРИЕМ ТАБЛЕТИРОВАННЫХ САХАРОСНИЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ

1. Глимепирид, репаглинид, эксенатид, дапаглифлозин, канаглифлозин
2. Ситаглиптин, вилдаглиптин, саксаглиптин, алоглиптин, линаглиптин
3. Глимепирид, репаглинид, росиглитазон, дулаглутид, эмпаглифлозин
4. Канаглифлозин, росиглитазон, гликлазид МВ, пиоглитазон

66. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ЛИРАГЛУТИДА ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

1. Сахарного диабета 2 типа
2. Травматических переломов в анамнезе
3. Язвы двенадцатиперстной кишки в анамнезе
4. Медуллярного рака в анамнезе

67. САХАРОСНИЖАЮЩИЙ ПРЕПАРАТ, КОТОРЫЙ СНИЖАЕТ РИСК ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПО ПОВОДУ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

1. Алоглиптин
2. Дапаглифлозин
3. Пиоглитазон
4. Саксаглиптин

68. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ ПАЦИЕНТОК С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ К ПРЕПАРАТАМ 1-Й ЛИНИИ ТЕРАПИИ ОТНОСЯТ

1. Диуретики
2. Блокаторы кальциевых каналов
3. ИАПФ
4. БРА

69. МЕТОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА В РАМКАХ СИНДРОМА МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 2 ЯВЛЯЕТСЯ

1. Удаление аденомы околощитовидной железы
2. Субтотальная паратиреоидэктомия
3. Профилактическая тотальная паратиреоидэктомия
4. Удаление обеих околощитовидных желез со стороны аденомы

70. ТЕРАПИЮ ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЧЕСКОГО КРИЗА НАЧИНАЮТ С

1. Инициации форсированного диуреза
2. Восполнения объема циркулирующей крови
3. Назначения кальцимиметиков
4. Восполнения дефицита фосфора в крови

71. ЦЕЛЬЮ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИФFUЗНОГО ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА ЯВЛЯЕТСЯ

1. Ликвидация узлов щитовидной железы
2. Нормализация размеров щитовидной железы
3. Ликвидация компрессионного синдрома
4. Нормализация функции щитовидной железы

72. ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПРЕПАРАТОМ, КОТОРЫЙ СОДЕРЖИТ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ДОЗЫ ЙОДА, ЯВЛЯЕТСЯ

1. Амiodарон
2. Дронедарон
3. Мерказолил
4. Пропилтиоурацил

73. ПРИНЦИПОМ ДИЕТОТЕРАПИИ НА ЭТАПЕ ПОДГОТОВКИ К БАРИАТРИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. Содержание жиров в рационе до 50%
2. Употребление 3 литров жидкости в сутки в течение 10 дней до операции
3. Распределение суточной калорийности на 2 основных приема пищи
4. Разжевывание пищи до очень жидкой консистенции

74. ШУНТИРУЮЩИМИ БАРИАТРИЧЕСКИМИ ОПЕРАЦИЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ ОПЕРАЦИИ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА

1. Пересадку жировых отложений
2. Удаление жировых отложений
3. Снижение абсорбции пищи в кишечнике
4. Уменьшение размеров пищевода

75. ФУНКЦИОНАЛЬНО ОБРАТИМОЙ БАРИАТРИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИЕЙ В ОТНОШЕНИИ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ

1. Билиопанкреатическое шунтирование в модификации Scopinaro
2. Продольная резекция желудка
3. Гастропликация
4. Билиопанкреатическое шунтирование в модификации SADI

76. ПРИНЦИПОМ ДИЕТОТЕРАПИИ НА ЭТАПЕ ПОДГОТОВКИ К БАРИАТРИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. Распределение калорийности на 3 основных и 2 промежуточных приема пищи

2. Содержание жира в рационе до 50%
3. Употребление 3 литров жидкости в сутки в течение 10 дней до операции
4. Употребление преимущественно твердой пищи

77. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ РЕКОМЕНДОВАН ВИД ОПЕРАЦИИ КАК

1. Липосакция
2. Липофиллинг
3. Абдоминопластика
4. Гастрошунтирование

78. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ УСТАНОВКА ВНУТРИЖЕЛУДОЧНЫХ БАЛЛОНОВ ЯВЛЯЕТСЯ ВИДОМ ОПЕРАЦИИ, НАПРАВЛЕННЫМ НА

1. Уменьшение свободного пространства в желудке
2. Снижение абсорбции пищи в кишечнике
3. Удаление жировых отложений в области живота
4. Пересадку жировых отложений

79. МАЛЪАБСОРБТИВНЫМИ БАРИАТРИЧЕСКИМИ ОПЕРАЦИЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ ОПЕРАЦИИ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА

1. Удаление жировых отложений
2. Пересадку жировых отложений
3. Снижение всасывания пищи в кишечнике
4. Уменьшение размеров пищевода

80. ПУТЕМ ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТА ОРЛИСТАТ ЯВЛЯЕТСЯ

1. Внутривенный
2. Подкожный
3. Пероральный
4. Ректальный

81. К ГЛЮКОКОРТИКОИДАМ СРЕДНЕЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ДЕЙСТВИЯ ОТНОСИТСЯ

1. Гидрокортизон
2. Дексаметазон
3. Кортизон
4. Преднизолон

82. ЕСЛИ НА ФОНЕ МОНОТЕРАПИИ ГЛЮКОКОРТИКОИДАМИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ВДКН НЕ УДАЕТСЯ СКОРРЕГИРОВАТЬ АРТЕРИАЛЬНУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ, МОЖНО ДОПОЛНИТЕЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ИЗ КОТОРЫХ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ

1. Калийсберегающие диуретики
2. Петлевые диуретики
3. Блокаторы рецепторов к ангиотензину II
4. Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента

83. ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 80 ЛЕТ ПРИ СУБКЛИНИЧЕСКОМ ГИПОТИРЕОЗЕ С УРОВНЕМ ТТГ МЕНЕЕ 10 МЕД/Л РЕКОМЕНДУЕТСЯ

1. Наблюдение в динамике
2. Назначение препаратов йода

3. Терапия левотироксином натрия в малых дозах
4. Контроль уровня АТ-ТПО с последующим решением об инициации лечения

84. К ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ТИАМАЗОЛА ОТНОСИТСЯ

1. Острый гепатит
2. Беременность
3. Лактация
4. Почечная недостаточность

85. РАДИОЙОДТЕРАПИЯ БОЛЕЗНИ ГРЕЙВСА ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ НАЛИЧИИ ЭНДОКРИННОЙ ОРБИТОПАТИИ

1. Легкой степени тяжести, неактивной фазе
2. Средней степени тяжести, неактивной фазе
3. Легкой степени тяжести, активной фазе
4. Средней степени тяжести, активной фазе

86. ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ ТРАНЗИТОРНОГО ГЕСТАЦИОННОГО ГИПЕРТИРЕОЗА ПРЕДПОЛАГАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ

1. Тирозола
2. Пропицила
3. Препаратов йода
4. Бета-блокаторов

87. ДЛИТЕЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ

1. Остеомаляции
2. Первичного гиперпаратиреоза
3. Вторичного остеопороза
4. Остеопетроза

88. ПРИ ПАНГИПОПИТУИТАРИЗМЕ НАЗНАЧЕНИЕ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ МОЖЕТ ПРИНЕСТИ К ДЕКОМПЕНСАЦИИ

1. Надпочечниковой недостаточности
2. Несахарного диабета
3. СТГ-дефицита
4. Вторичного гипогонадизма

89. ЕДИНСТВЕННЫМ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СТАДИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРООСТЕОАРТРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. Назначение глюкокортикостероидов
2. Разгрузка нижней конечности
3. Назначение бисфосфонатов
4. Назначение препаратов кальция, витамина Д

90. ПОСЛЕ НАЧАЛА ТЕРАПИИ АГОНИСТАМИ ДОФАМИНА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ТЕРАПИИ ПРОЛАКТИН ИЗМЕРЯЮТ ПОВТОРНО ЧЕРЕЗ (В МЕСЯЦАХ)

1. 1
2. 3
3. 6
4. 2

91. ЛЕЧЕНИЕ ГИПОФИЗАРНОГО НАНИЗМА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ПРИМЕНЕНИИ

1. Хорионического гонадотропина
2. Тиреоидных гормонов
3. Эстрогенов
4. Соматотропного гормона

92. ОКТРЕОТИД – ПРЕПАРАТ ИЗ ГРУППЫ

1. Агонистов рецепторов дофамина
2. Антагонистов рецепторов дофамина
3. Аналогов соматостатина
4. Антагонистов рецепторов СТГ

93. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ НАЧАЛЬНАЯ ДОЗИРОВКА КАБЕРГОЛИНА СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_ МГ В НЕДЕЛЮ

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

94. ОДНОЙ ИЗ ЦЕЛЕЙ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

1. Подавление уровня гонадотропина
2. Восстановление овуляторного менструального цикла
3. Достижение нормопролактинемии
4. Предупреждение развития надпочечниковой недостаточности

95. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ СО СТОРОНЫ ОРГАНОВ ПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1. Рак эндометрия
2. Фиброзно-кистозная мастопатия
3. Опущение стенок влагалища
4. Миома матки

96. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ У ПАЦИЕНТА С ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ НЕОБХОДИМО

1. Сначала удалить феохромоцитому
2. Сначала удалить аденому околощитовидной железы
3. Удаление обоих образований, порядок не важен
4. Первым удалить ранее возникшее заболевание

97. НЕФРОТОКСИЧНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

1. Амлодипин
2. Розувастатин
3. Метформин
4. Рентген-контрастный препарат

98. ДОЗИРОВКА АЛЕНДРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_ МГ 1 РАЗ В

1. 70, неделю
2. 5, 12 месяцев
3. 3, 3 месяца

4. 120, месяц

99. К ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЯМ ПРИМЕНЕНИЯ БОЛЬШИХ ДОЗ ГОРМОНА РОСТА В КАЧЕСТВЕ ДОПИНГА У СПОРТСМЕНОВ ОТНОСИТСЯ

1. Миалгия
2. Гипогликемия
3. Гиперкальциемия
4. Снижение либидо

100. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ФЕМИНИЗИРУЮЩЕЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ЭСТРОГЕНАМИ ТРАНСГЕНДЕРНЫМ ЖЕНЩИНАМ ИМЕЕТСЯ ВЫСОКИЙ РИСК РАЗВИТИЯ

1. Рака матки
2. Венозной тромбэмболии
3. Сахарного диабета 2 типа
4. Эритроцитоза

### **ПК-1.3**

101. 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

102. 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

103. 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

104. КАТЕГОРИИ ЛИЦ УЧАСТВУЮЩИХ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПРОЦЕССЕ

1. Мед.работники, психологи, специалисты по социальной работе, экономисты
2. Педагоги, социальные работники
3. Психологи, юристы, социологи
4. Врачи, юристы, экономисты

105. ЗАДАЧЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1. Спасение жизни больного, предупреждение осложнений
2. Психологическая адаптация

3. Активная трудовая реабилитация
4. Восстановление социального статуса больного

#### 106. ЗАДАЧИ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ

1. Борьба с факторами риска
2. Ликвидация остаточных явлений болезни, восстановление функциональной активности организма
3. Проведение комплекса физиотерапевтических мероприятий
4. Лекарственное обеспечение

#### 107. ЗАДАЧИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ

1. Спасение жизни больного
2. Борьба с факторами риска возникновения заболевания
3. Трудовая адаптация больного в коллективе
4. Профилактика рецидивов болезни

#### 108. МЕТОДЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ НА МЕТАБОЛИЧЕСКОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ВКЛЮЧАЮТ

1. Длительную диетическую коррекцию, ЛФК
2. Применение патогенетической терапии
3. Применение этиотропной терапии
4. Использование симптоматической терапии

#### 109. ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРГАН, ЗАНИМАЮЩИЙСЯ РЕАБИЛИТАЦИЕЙ ИНВАЛИДОВ В МАСШТАБЕ ГОСУДАРСТВА

1. Правительство РФ
2. МЗ РФ
3. Государственная служба реабилитации инвалидов
4. Агентство социальной защиты населения

#### 110. ОСНОВНЫМИ ЗАДАЧАМИ, СТОЯЩИМИ ПЕРЕД САНАТОРНО-КУРОРТНЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ, ЯВЛЯЮТСЯ

1. Всеобщий охват населения
2. Медицинское обслуживание хронических больных
3. Медицинское обслуживание острых больных
4. Диагностические мероприятия

#### 111. 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

#### 112. ВИДОМ РЕАБИЛИТАЦИИ, БОЛЬШЕ ВСЕГО НЕОБХОДИМЫМ ИНВАЛИДАМ, ЯВЛЯЕТСЯ

1. Социально-средовая адаптация
2. Трудоустройство
3. Профессиональное обучение
4. Профессионально-производственная адаптация

113. РАЗРАБОТКА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИЛИ АБИЛИТАЦИИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

1. Специалистами федеральных государственных учреждений МСЭ
2. Лечащим врачом
3. Организациями здравоохранения
4. Отделом социальной защиты населения

114. В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

1. Водолечение
2. Грязелечение
3. Теплолечение
4. Светолечение

115. ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ИЛИ АБИЛИТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. Назначением лечащего врача
2. Перечнем рекомендуемых реабилитационных мероприятий
3. Документом, имеющим юридическую силу
4. Рекомендациями отдела социальной защиты населения

116. РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ОЦЕНИВАЮТ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ

1. Оценки факторов риска
2. Комплексного обследования
3. Функциональных нагрузочных проб
4. Консультаций узких специалистов

117. ОТСУТСТВИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА КОНСТАТИРУЮТ В СЛУЧАЕ

1. Неэффективности проводимого медикаментозного лечения
2. Отсутствия возможности повышения толерантности к физической нагрузке
3. Неполного выздоровления с остаточными проявлениями в виде умеренно выраженного нарушения функций, частичного восстановления трудоспособности
4. Прогрессирующего течения заболевания, резко выраженного нарушения функций, невозможности компенсации

118. ВЫСОКИЙ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ПРЕДПОЛАГАЕТ

1. Неполное выздоровление с остаточными проявлениями в виде выраженного нарушения функций
2. Возможность достижения полного восстановления здоровья, всех обычных для инвалида видов деятельности
3. Медленно прогрессирующее течение заболевания, выраженное нарушение функций, значительные ограничения жизнедеятельности, включая способность к трудовой деятельности, потребности в постоянной социальной помощи и защите
4. Прогрессирующее течение заболевания, резко выраженное нарушение функций органов и систем, невозможности компенсации ограничений жизнедеятельности

119. ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ В ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРОТЕЗОВ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ВОССТАНОВЛЕНИЕ СПОСОБНОСТИ К

1. Передвижению
2. Ориентации

3. Чтению
4. Самообслуживанию

120. ПОКАЗАТЕЛЬ ОХВАТА РЕАБИЛИТАЦИОННЫМИ МЕРОПРИЯТИЯМИ, В ТОМ ЧИСЛЕ САНАТОРНО-КУРОРТНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ, ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О КАЧЕСТВЕ

1. Диспансеризации
2. Диспансерного наблюдения
3. Противоэпидемической работы
4. Проведения профилактических медицинских осмотров

121. ПРИ СОСТАВЛЕНИИ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ УЧИТЫВАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ АСПЕКТЫ

1. Реабилитационный потенциал, особенность двигательных возможностей, этапность проведения и разносторонность лечебно-восстановительных мероприятий
2. Развитие необратимых изменений в органах и тканях, особенность двигательных возможностей
3. Уровень профессиональной дисквалификации пациента, возраст
4. Социальный статус, возраст, пол пациента

122. РЕАБИЛИТАЦИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ ВКЛЮЧАЕТ, КРОМЕ

1. Достижение и поддержание индивидуальных целевых показателей углеводного обмена
2. Применение обезболивающей терапии с учетом психосоматического состояния
3. Уход за ногами пациентам с СД 2 типа и болевой формой диабетической полинейропатии
4. Антибиотикотерапия 1 раз в 0,5 года

123. РЕАБИЛИТАЦИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ОСТЕОАРТРОПАТИИ ВКЛЮЧАЕТ, КРОМЕ

1. Регулярные консультации врача - травматолога-ортопеда
2. Подбор индивидуальной ортопедической обуви
3. Подбор готовой терапевтической обуви
4. Смена ортопедической обуви 1 раз в 2 года

124. РЕАБИЛИТАЦИЯ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ВКЛЮЧАЕТ, КРОМЕ

1. Динамическое наблюдение врача-эндокринолога и врача - сосудистого хирурга
2. Контроль ультразвукового дуплексного сканирования артерий нижних конечностей 1 раз в 3 месяца
3. Постоянное применение двухкомпонентной дезагрегантной терапии (клопидогрел + ацетилсалициловая кислота) в течение не менее 6 месяцев после проведения реваскуляризирующего вмешательства для профилактики рестеноза
4. Проведение антикоагулянтной и двойной дезагрегантной терапии у пациентов с СД не требует оценки состояния глазного дна и своевременного проведения ЛКС

#### **ПК-1.4**

125. ПРИЗНАНИЕ ЧЕЛОВЕКА ИНВАЛИДОМ ВОЗМОЖНО ТОЛЬКО ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭКСПЕРТИЗЫ

1. Военно-врачебной
2. Судебно-медицинской

3. Трудоспособности
4. Медико-социальной

126. ПРОДЛЕНИЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА СРОК БОЛЕЕ 15 ДНЕЙ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

1. Комиссия по трудовым спорам
2. Заведующий отделением
3. Врачебная комиссия
4. Главный врач

127. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ИМЕЕТ ПРАВО ОФОРМИТЬ

1. Врач приемного покоя больницы
2. Судебно-медицинский эксперт
3. Лечащий врач
4. Врач скорой помощи

128. ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА БУМАЖНОМ НОСИТЕЛЕ ПАЦИЕНТ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ

1. Документ о семейном положении
2. Документ, удостоверяющий личность
3. Справку с места работы
4. Свидетельство государственного пенсионного страхования

129. ПО РЕШЕНИЮ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ПРИ БЛАГОПРИЯТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ И ТРУДОВОМ ПРОГНОЗЕ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПОСЛЕ ТРАВМ И РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДАН И ПРОДЛЕН ДО ДНЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОСТИ, НО НА СРОК НЕ БОЛЕЕ \_\_ МЕСЯЦЕВ С ДАТЫ НАЧАЛА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

1. 9
2. 6
3. 8
4. 10

130. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ ВЗРОСЛЫМ ЧЛЕНОМ СЕМЬИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ МОЖЕТ ВЫДАТЬ НА СРОК НЕ БОЛЕЕ ЧЕМ НА \_\_ ДНЕЙ ПО КАЖДОМУ СЛУЧАЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ

1. 7
2. 45
3. 30
4. 15

131. НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ НАПРАВЛЯЮТСЯ ГРАЖДАНЕ ПРИ ОЧЕВИДНОМ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ И ТРУДОВОМ ПРОГНОЗЕ ВНЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, НО НЕ ПОЗДНЕЕ \_\_ МЕСЯЦЕВ ОТ ДАТЫ ЕЕ НАЧАЛА

1. 6
2. 5
3. 4
4. 3

132. ПРИЧИНОЙ ОТКАЗА (ВЫДАЧИ) ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ МОЖЕТ БЫТЬ

1. Хроническое заболевание в период ремиссии
2. Обострение хронического заболевания
3. Острое заболевание
4. Травма

133. ВРАЧЕБНАЯ КОМИССИЯ ПРОДЛЕВАЕТ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ СРОКАХ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ БОЛЕЕ \_\_\_ ДНЕЙ

1. 10
2. 15
3. 14
4. 7

134. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ ЧЛЕНОМ СЕМЬИ (ВЗРОСЛЫМ), НАХОДЯЩИМСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В СТАЦИОНАРЕ

1. Формируется (выдается) на 10 дней
2. Не формируется (не выдается)
3. Формируется (выдается) на 3 дня
4. Формируется (выдается) на 7 дней

135. РАЦИОНАЛЬНЫМ ТРУДОУСТРОЙСТВОМ БОЛЬНОГО БЕЗ ПОТЕРИ КВАЛИФИКАЦИИ ЗАНИМАЕТСЯ

1. Сам больной
2. Лечащий врач
3. Дает трудовые рекомендации врачебная комиссия ЛПУ
4. Бюро МСЭ

136. ИНВАЛИД – ЭТО

1. Лицо с незначительными нарушениями здоровья
2. Лицо, имеющее нарушения здоровья со стойким расстройством функции организма
3. Лицо с нарушениями функций опорно-двигательной системы
4. Лицо в состоянии ограниченной функциональной активности организма

137. 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

138. 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

139. 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

140. КРИТЕРИИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ III ГРУППЫ ИНВАЛИДНОСТИ

1. Способность к передвижению и обучению I степени
2. Способность к обучению II степени
3. Способность к общению III степени
4. Способность к занятиям легкими видами спорта

141. ОСНОВНОЙ КРИТЕРИЙ РАЗГРАНИЧЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ И СТОЙКОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

1. Характер течения заболевания
2. Условия труда
3. Степень выраженности функциональных нарушений
4. Клинический и трудовой прогноз

142. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ МОЖЕТ БЫТЬ ЗАКРЫТ

1. По просьбе больного
2. При наступлении клинической ремиссии
3. По требованию администрации с места работы больного
4. Все вышеуказанное верно

143. СКОЛЬКО СТЕПЕНЕЙ ВХОДЯТ В КЛАССИФИКАЦИЮ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА ПО СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ

1. I
2. II
3. III
4. IV

**ПК-1.5**

144. 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.

145. 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.

146. 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.

147. КОЛИЧЕСТВЕННЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

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

148. КАЧЕСТВЕННЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

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

149. 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.

150. 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.

151. 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.

152. 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