

## **МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ**

### **Контролируемые компетенции: УК-1**

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

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

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

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

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

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

### **Контролируемые компетенции: УК-2**

1. ЭКСПЕРИМЕНТ ЭТО:

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

2. ОСНОВЫВАЯСЬ НА ВАШИХ ЛИЧНЫХ НАБЛЮДЕНИЯХ ВЫ ОПЕРИРУЕТЕ:

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

3. ПЕРВИЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ СТАТИСТИЧЕСКОЙ СОВОКУПНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

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

4. К КАЧЕСТВЕННЫМ ПРИЗНАКАМ ОТНОСЯТСЯ:

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

5. К КОЛИЧЕСТВЕННЫМ ПРИЗНАКАМ ОТНОСЯТСЯ:

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

6. НАУКА, РАЗРАБАТЫВАЮЩАЯ МЕТОДЫ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ, НАЗЫВАЕТСЯ:

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

### **Контролируемые компетенции: УК-3**

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

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

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

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

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

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

4. ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОМ:

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

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

1. необходимость информирования о неблагоприятном прогнозе заболевания;
2. тяжесть состояния пациента;
3. просьба или требование пациента;
4. просьба родственников пациента;
5. оснований не существует.

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

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

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

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

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

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

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

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

10. НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ СТИЛЕМ УПРАВЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

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

11. КОГДА ВОЗНИКАЕТ НЕОБХОДИМОСТЬ УПРАВЛЕНИЯ?

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

3. При наличии собственности.
4. При определении стратегии развития предприятия.
5. При определении стратегии и тактики предприятия.

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

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

#### 13. ВИДАМИ КОНТРОЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

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

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

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

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

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

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

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

#### **Контролируемые компетенции: УК-4**

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

1. трансакция
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. не критичное 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) холестираминол
- 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 ОБРАТИВШЕМУ 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

8. 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.

9. 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.

10. 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.

11. КОЛИЧЕСТВЕННЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

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

12. КАЧЕСТВЕННЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

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

13. 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.

14. 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.

15. 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.

16. 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: 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 непрямим 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. хлорпирамин

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. ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ НАЗЫВАЮТ:

- 1) Аденоидными вегетациями
- 2) Аденоидитом
- 3) Антрахоанальным полипом
- 4) Гипертрофическим ринитом

#### 2. КЛИНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА ПО КЛАССИФИКАЦИИ И.Б.СОЛДАТОВА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) Гнойная и катаральная
- 2) Компенсированная и декомпенсированная
- 3) Первичная и вторичная
- 4) Токсическая и токсико-аллергическая

#### 3. ПРИЗНАКАМИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМИ ПАРАТОНЗИЛЛЯРНЫЙ АБСЦЕСС, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) Интенсивная боль в горле, тризм жевательной мускулатуры, асимметрия глотки за счет одностороннего выпячивания отечной передней нёбной дужки, высокая температура тела
- 2) Казеозное содержимое в лакунах и гипертрофия одной из миндалин 3 степени, ее сращение с дужками, наличие язвы с подрытыми краями на границе с миндалиной, неприятный запах изо рта
- 3) Аутофония, припухлость и гиперемия околоушной области, боль и отек в подъязычной области, флюктуация в области дна полости рта,
- 4) Осиплость и асимметрия вестибулярных складок, выпячивание на задней стенке глотки, флюктуирующее при надавливании

#### 4. НАЛИЧИЕ АДЕНОИДОВ У РЕБЕНКА ПОДТВЕРЖДАЕТ

- 1) Прямая риноскопия
- 2) Непрямая ларингоскопия
- 3) Мезофарингоскопия
- 4) Пальцевое исследование носоглотки

#### 5. ОСМОТР ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ГЛОТКИ ПРОВОДЯТ ПРИ

- 1) Задней риноскопии
- 2) Гипофарингоскопии

- 3) Мезофарингоскопии
- 4) Фарингоскопии

6. ПРИ МЕЗОФАРИНГОСКОПИИ ШПАТЕЛЕМ ОТДАВЛИВАЮТ \_\_ ЯЗЫКА

- 1) Корень языка
- 2) Задние две трети
- 3) Переднюю треть
- 4) Передние две трети

7. ТРИЗМ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ МУСКУЛАТУРЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

- 1) Паратонзиллярный абсцесс
- 2) Заглочный абсцесс
- 3) Флегмону шеи
- 4) Острый гнойный лимфаденит

8. ПОД АДЕНОИДАМИ ПОНИМАЮТ

- 1) Разрастание соединительной ткани
- 2) Гипертрофию глоточной миндалины
- 3) Железу
- 4) Лимфатический узел

9. ОСТРЫЙ ПАРАТОНЗИЛЛИТ ЯВЛЯЕТСЯ ВОСПАЛЕНИЕМ

- 1) Кисты миндалины
- 2) Околминдаликовой клетчатки
- 3) Передней небной дужки
- 4) Капсулы миндалины

10. ОСТРЫЙ ТОНЗИЛЛИТ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЗЫВАЕТ

- 1) Золотистый стафилококк
- 2) В-гемолитический стрептококк группы А
- 3) Пневмококк
- 4) Аденовирус

11. РЕЗКОЕ ШАРОВИДНОЕ ВЫБУХАНИЕ В ОБЛАСТИ ВЕРХНЕГО ПОЛЮСА МИНДАЛИНЫ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ \_\_\_\_ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПАРАТОНЗИЛЛИТА

- 1) Нижней
- 2) Задней
- 3) Боковой
- 4) Передневерхней

12. ОСНОВНОЙ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У ДЕТЕЙ

- 1) Бета-гемолитический стрептококк группы А
- 2) Энтерококк
- 3) Стафилококк
- 4) Зеленышый стрептококк

13. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ОСТРЫХ ТОНЗИЛЛИТОВ МОГУТ БЫТЬ

- 1) Гонококк
- 2) Менингококк
- 3) Иерсениа
- 4) Стрептококк

14. ФОЛЛИКУЛЯРНАЯ АНГИНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ФАРИНГОСКОПИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ВИДЕ \_\_\_\_ НЕБНЫХ МИНДАЛИН

- 1) Гиперемия небных дужек
- 2) Нагноившихся фолликулов на поверхности миндалин
- 3) Расширения лакун
- 4) Белых или светло-желтых налетов в лакунах

15. ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМСЯ РАЗВИТИЕМ ВОСПАЛЕНИЯ В ПАРАТОНЗИЛЛЯРНОЙ КЛЕТЧАТКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Тонзиллит
- 2) Паратонзиллит
- 3) Ларингит
- 4) Фарингит

16. ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ ВЫЗЫВАЕТСЯ

- 1) Гемофильной палочкой
- 2) В-гемолитическим стрептококком
- 3) Стафилококком
- 4) Вирусом

17. ГЕРПЕТИЧЕСКАЯ АНГИНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) Высыпаниями в виде пузырьков в области небных дужек и мягкого неба
- 2) Отеком паратонзиллярной клетчатки
- 3) Налетами, исходящими из лакун
- 4) Диффузной гиперемией зева

18. ФАРИНГИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) Гипертрофией и отеком миндалин
- 2) Воспалением паратонзиллярной клетчатки
- 3) Воспалением слизистой оболочки глотки
- 4) Воспалением заглоточного пространства

19. ХРОНИЧЕСКИЙ ТОНЗИЛЛИТ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С

- 1) Острым фарингитом
- 2) Фарингомикозом
- 3) Паратонзиллитом
- 4) Хроническим фарингитом

20. БОЛЬЮ В ГОРЛЕ, ПОВЫШЕННОЙ ТЕМПЕРАТУРОЙ, ТРИЗМОМ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ, СМЕЩЕНИЕМ НЕБНОЙ МИНДАЛИНЫ К СРЕДНЕЙ ЛИНИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Абсцесс дна полости рта
- 2) Заглоточный абсцесс
- 3) Фарингомикоз
- 4) Паратонзиллярный абсцесс

21. ПАРАТОНЗИЛЛЯРНЫЙ АБСЦЕСС ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЕТ

- 1) Передне-нижним
- 2) Передне-верхним
- 3) Задним
- 4) Боковым

22. ФАРИНГОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ГРИБКОВОЙ АНГИНЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ НА ПОВЕРХНОСТИ МИНДАЛИН

- 1) Налетов в области лакун и/или на зевной поверхности
- 2) И задней стенке глотки небольших красноватых пузырьков
- 3) Белых пятнышек в виде островков творожистых масс
- 4) Желтовато-белых островков

23. КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ ОСТРОГО АДЕНОИДИТА ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА, ЗАТРУДНЕНИЕ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ, НАСМОРК И

- 1) Судорожный синдром
- 2) Гепатомегалия
- 3) Головокружение
- 4) Храп по носам и сон с открытым ртом

24. АСИММЕТРИЯ ЗЕВА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1) Дифтерии зева
- 2) Фолликулярной ангины
- 3) Грибковой ангины
- 4) Паратонзиллита

25. ОСТРОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ГЛОТКИ НАЗЫВАЮТ

- 1) Фарингитом
- 2) Тонзиллофарингитом
- 3) Тонзиллитом
- 4) Аденоидитом

26. ЛИХОРАДКА, ФАРИНГИТ, КОНЪЮКТИВИТ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ АНГИНЫ

- 1) Герпетической
- 2) Скарлатинозной
- 3) Коревой
- 4) Аденовирусной

27. ТРИАДА СИМПТОМОВ-ПРИЗНАКОВ ГИЗЕ, ЗАКА, ПРЕОБРАЖЕНСКОГО, ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1) Хронического фарингита
- 2) Хронического тонзиллита
- 3) Заглоточного абсцесса
- 4) Паратонзиллярного абсцесса

28. ТРИЗМ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ МУСКУЛАТУРЫ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ

- 1) Паратонзиллита
- 2) Ангины Венсана
- 3) Стоматита
- 4) Заглоточного абсцесса

29. ПЕРЕХОД ИНФЕКЦИИ ИЗ НЕБНОЙ МИНДАЛИНЫ ЗА КАПСУЛУ НА ОКРУЖАЮЩУЮ КЛЕТЧАТКУ НАЗЫВАЮТ

- 1) Периодонтитом
- 2) Парафарингитом
- 3) Паратонзиллитом

4) Ретрофарингеальным абсцессом

30. НАЛЕТЫ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ДИФТЕРИИ ГЛОТКИ ИМЕЮТ \_\_\_\_ ЦВЕТ

- 1) Грязно-серый
- 2) Белый
- 3) Кровянистый
- 4) Желтый

31. К СИМПТОМАМ АДЕНОИДИТОВ ОТНОСЯТ

- 1) Папулёзную сыпь на лице
- 2) Частые носовые кровотечения
- 3) Нейросенсорную тугоухость
- 4) Затрудненное носовое дыхание, приоткрытый рот во время сна

32. К ОТЛИЧИЯМ ПАРАТОНЗИЛЛЯРНОГО АБСЦЕССА ОТ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ ТОКСИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ОТНОСЯТ

- 1) Умеренную боль в горле
- 2) Выходящие за пределы миндалин налеты
- 3) Асимметрию зева с выбуханием дужки, выраженную боль в горле
- 4) Отек подкожной клетчатки шеи

33. ПРИ АГРАНУЛОЦИТОЗЕ ПРИ ФАРИНГОСКОПИИ ВЫЯВЛЯЮТСЯ

- 1) Некротические изменения
- 2) Гнойные фолликулы на поверхности небных миндалин
- 3) Катаральное воспаление
- 4) Геморрагические изменения

34. ВОЗБУДИТЕЛЕМ АНГИНЫ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Палочка Пфаффера
- 2) Гемолитический стрептококк
- 3) Стафилококк
- 4) Вирус Эпштейн-Барр

35. К МЕСТНЫМ ПРИЗНАКАМ ПАРАТОНЗИЛЛИТА ОТНОСЯТ

- 1) Одностороннюю боль в горле, тризм
- 2) Гиперемию задней стенки глотки
- 3) Отек на небных миндалинах
- 4) Воспаление небного язычка

36. ОСМОТР ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ГЛОТКИ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) Эпифарингоскопией
- 2) Фарингоскопией
- 3) Гипофарингоскопией
- 4) Передней риноскопией

37. ПАРАТОНЗИЛЛЯРНЫЙ АБСЦЕСС ВОЗНИКАЕТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ

- 1) Острого или хронического среднего отита
- 2) Острого и хронического тонзиллита
- 3) Хронического катарального ларингита
- 4) Химического или термического ожога глотки

38. КАТАРАЛЬНАЯ АНГИНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ФАРИНГОСКОПИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ВИДЕ \_\_\_\_ НЕБНЫХ МИНДАЛИН

- 1) Расширения лакун
- 2) Гиперемии небных дужек и
- 3) Белых или светло-желтых налетов в лакунах
- 4) Нагноившихся фолликулов на поверхности

39. КОСВЕННЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕРЕХОДА ПАРАТОНЗИЛЛИТА В СТАДИЮ АБСЦЕДИРОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Тризм
- 2) Лихорадка
- 3) Ухудшение общего состояния
- 4) Односторонняя боль в горле

40. ОТЕК ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ ШЕИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ АНГИНЫ ПРИ

- 1) Инфекционном мононуклеозе
- 2) Скарлатине
- 3) Дифтерии
- 4) Агранулоцитозе

41. ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ДИФТЕРИИ У ПАЦИЕНТА С НАЛЕТАМИ В ГЛОТКЕ НЕОБХОДИМО

- 1) Ввести противодифтерийную сыворотку
- 2) Провести вакцинацию от дифтерии
- 3) Взять мазки из зева на флору и чувствительность
- 4) Взять мазки из зева и носа на дифтерию

42. АГРАНУЛОЦИТАРНАЯ АНГИНА ДИАГНОСТИРУЕТСЯ

- 1) С помощью тест-полоски
- 2) На основании исследования крови
- 3) На основании микробиологического исследования
- 4) На основании мезофарингоскопии

43. ТИПИЧНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ КАРТИНЫ ФАРИНГОСКОПИИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ГЛОТКИ ВКЛЮЧАЮТ В СЕБЯ

- 1) Односторонний характер поражения небных миндалин
- 2) Рубцовые изменения мягкого неба
- 3) Односторонний регионарный лимфаденит
- 4) Наличие множественных бледных с неровным краем язвочек и папилломатозных инфильтратов на небных дужках и задней стенке глотки

44. МОНОЦИТАРНАЯ АНГИНА ДИАГНОСТИРУЕТСЯ

- 1) На основании исследования крови
- 2) На основании мезофарингоскопии
- 3) С помощью тест-полоски
- 4) На основании микробиологического исследования

45. ПУЛЬСИРУЮЩАЯ ОПУХОЛЬ НА БОКОВОЙ СТЕНКЕ ГЛОТКИ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ

- 1) Паратонзиллярного абсцесса
- 2) Лимфасаркомы
- 3) Ангиофибромы носоглотки

4) Аневризмы внутренней сонной артерии

46. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ГЕНЕЗА СПЕЦИФИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ГОРТАНИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ВЫПОЛНЕНИЕ

- 1) Обзорной рентгенографии органов грудной полости
- 2) Линейной томографии
- 3) Ларингоскопии с биопсией
- 4) Мультиспиральной компьютерной томографии

47. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЛАРИНГОМИКОЗА ПРИ МИКРОЛАРИНГОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- 1) Белесоватых налетов в различных отделах гортани
- 2) Кровоизлияния в голосовую складку
- 3) Сосудистой инъекции слизистой оболочки
- 4) Узелков голосовых складок

48. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕЙРОГЕННЫХ И МИОГЕННЫХ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ГОЛОСОВЫХ СКЛАДКОВ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1) Глоттография
- 2) Видеоларингостробоскопия
- 3) Электромиография
- 4) Компьютерная томография гортани

49. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЛАРИНГОМИКОЗА ПРОВОДИТСЯ С

- 1) Параличом гортани
- 2) Аденоидитом
- 3) Трахеитом
- 4) Раком гортани

50. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА С ФЛЕГМОНОЗНЫМ ЛАРИНГИТОМ ВКЛЮЧАЮТ В СЕБЯ: ЭНДОФИБРОСКОПИЮ, УЗИ ШЕИ, ИССЛЕДОВАНИЕ ОТДЕЛЯЕМОГО НА ФЛОРУ И ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ, А ТАКЖЕ

- 1) Ультразвуковое исследование щитовидной железы
- 2) Рентгенографию гортани
- 3) Компьютерную томографию органов шеи
- 4) Магнитно-резонаторную томографию мягких тканей шеи

51. ПРИ ОСТРОМ ЛАРИНГОТРАХЕИТЕ У ДЕТЕЙ ЛАРИНГОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА МОЖЕТ БЫТЬ ОПИСАНА, КАК

- 1) Голосовые складки белые или розовые, налетов нет, голосовая щель сужена в подскладковом пространстве за счет валиков бледно-розового или красного цвета
- 2) Гиперемия голосовых и вестибулярных складок, налет в просвете голосовой щели, на черпалонадгортанных складках и в области входа в пищевод
- 3) Гиперемия, отек и инфильтрация надгортанника и черпалонадгортанных складок, сужение входа в гортань на вестибулярном уровне
- 4) Голосовые складки цианотичные, в виде валиков, которые суживают голосовую щель

52. ЛАРИНГОСКОПИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ХОНДРОПЕРИХОНДРИТА ГОРТАНИ ЯВЛЯЕТСЯ



- 1) Ограничение подвижности гортани
- 2) Синюшность слизистой оболочки гортани
- 3) Образование гнойных свищей наличие изъязвлений

53. К ПРИЗНАКАМ ОСТРОГО ЛАРИНГИТА ПРИ ЛАРИНГОСКОПИЧЕСКОМ ОСМОТРЕ ОТНОСЯТ

- 1) Сукровичные и гнойные корки в просвете голосовой щели
- 2) Бугристое утолщение слизистой оболочки в межчерпаловидном пространстве
- 3) Ограничение подвижности одной истинной голосовой складки
- 4) Гиперемия слизистой оболочки гортани и истинных голосовых складок

54. ВОСПАЛЕНИЕМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ГОРТАНИ С ПОДТВЕРЖДЕННЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ СПОСОБОМ МИКОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Новообразование гортани
- 2) Ларингит
- 3) Трахеит
- 4) Ларингомикоз

55. ЛАРИНГОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ПАРЕЗЕ ВЕРХНЕГОРТАННОГО НЕРВА ОТРАЖАЕТ \_\_\_\_\_ ГОЛОСОВОЙ СКЛАДКИ

- 1) Утолщение свободного края
- 2) Неподвижность
- 3) Провисание
- 4) Ограничение движений

56. ЛАРИНГОСКОПИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ДИФFUЗНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ В ГОЛОСОВУЮ СКЛАДКУ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Бледность, пастозность голосовой складки
- 2) Бледность голосовой складки с расширением сосудов в средней трети
- 3) Бледно-розовый цвет голосовой складки
- 4) Ярко-красный цвет голосовой складки с блестящей «лакированной» поверхностью

57. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЛАРИНГИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Ларингоскопия
- 2) Бодиплетизмография
- 3) Рентгенография гортани
- 4) УЗИ гортани

58. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКОГО, СПЕЦИФИЧЕСКОГО И ОТЕЧНО-ПОЛИПОЗНОГО ЛАРИНГИТА ЯВЛЯЕТСЯ \_\_\_\_\_ ИССЛЕДОВАНИЕ

- 1) Цитологическое
- 2) Иммуногистохимическое
- 3) Биохимическое
- 4) Гистологическое

59. ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ У ПАЦИЕНТА С ИНОРОДНОМ ТЕЛОМ В ГОРТАНИ ХУЖЕ ВСЕГО ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ КОСТИ

- 1) Барана
- 2) Рыбы
- 3) Курицы
- 4) Коровы

60. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКОМ ЛАРИНГИТЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ МИКРОЛАРИНГОСКОПИЯ, КОТОРАЯ МОЖЕТ БЫТЬ ОСУЩЕСТВЛЕНА С ПОМОЩЬЮ НЕПРЯМОГО ОСМОТРА ГОРТАНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИКРОСКОПОВ, ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ ИЛИ

- 1) Инструмента Гартмана
- 2) Шпателя
- 3) Горланного зеркала
- 4) Биноккулярных луп

61. МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ СТЕПЕНЬ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОПУХОЛИ ГОРТАНИ В ГЛУБИНУ ТКАНЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Контрастная рентгенография
- 2) Томография
- 3) Прямая ларингоскопия
- 4) Непрямая ларингоскопия

62. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ГЕНЕЗА СПЕЦИФИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ГОРТАНИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ВЫПОЛНЕНИЕ

- 1) Обзорной рентгенографии органов грудной полости
- 2) Линейной томографии
- 3) Ларингоскопии с биопсией
- 4) Мультиспиральной компьютерной томографии

63. В КАЧЕСТВЕ МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ ОГРАНИЧЕННЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ЛАРИНГИТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1) Ультразвуковое исследование гортани
- 2) Видеоларингостробоскопия
- 3) КТ гортани
- 4) Спирометрия

64. ЭНДОЛАРИНГЕАЛЬНО СТУДЕНИСТЫЙ ПОЛИП ГОРТАНИ ВЫГЛЯДИТ КАК ОБРАЗОВАНИЕ

- 1) Гладкое, прозрачное или полупрозрачное, блестящее серого или розового цвета
- 2) Плотное округлой формы серого или серо-розового цвета
- 3) Округлое сосочковой структуры розового цвета на широком основании с мелкозернистой поверхностью
- 4) Темно-красного цвета на широком основании

65. С ЦЕЛЬЮ КОРРЕКЦИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ СИНУСИТОМ ЗНАЧИМА МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ВОЗБУДИТЕЛЯ МЕТОДОМ ПОСЕВА

- 1) Из общего носового хода
- 2) Из среднего и общего носовых ходов
- 3) Из преддверия носа
- 4) Пунктата из пораженной пазухи

66. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ОСТРЫЙ ФРОНТИТ» ДОСТАТОЧНО ВЫПОЛНИТЬ

- 1) БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ исследование из полости носа
- 2) Рентгенографию пазух носа

- 3) Магнитно-резонансное исследование пазух носа
- 4) Риноцитограмму

67. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Снижение пневматизации пазух
- 2) Деструкция костной ткани
- 3) Наполнение пазух и полости носа плюс-тканью
- 4) Деформация окружающих структур

68. ФОРМИРОВАНИЕ ГАЙМОРОВЫХ ПАЗУХ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ К

- 1) 7 годам
- 2) 4 годам
- 3) Рождению
- 4) 10 годам

69. К НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМАМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ ОТНОСЯТ

- 1) Длительное одностороннее гноеотечение из носа
- 2) Рецидивирующий синусит
- 3) Боли в проекции пораженной пазухи
- 4) Деформацию носа, лица, смещение глазного яблока

70. К ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМАМ ДЛЯ НАХОЖДЕНИЯ ИНОРОДНОГО ТЕЛА В ПОЛОСТИ НОСА ОТНОСЯТ

- 1) Заложенность обеих половин носа, снижение обоняния, полипы в полости носа
- 2) Одностороннюю заложенность носа, выделения с неприятным запахом и кровью
- 3) Заложенность носа, боль в глотке с иррадиацией в ухо
- 4) Дискомфорт в проекции околоносовых пазух

71. В 5-10% СЛУЧАЕВ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В

- 1) Лобных пазухах
- 2) Верхнечелюстных пазухах
- 3) Клетках решетчатого лабиринта
- 4) Полости носа

72. ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНАЯ ПАЗУХА ОТКРЫВАЕТСЯ В \_\_\_\_ НОСОВОЙ ХОД

- 1) Нижний
- 2) Средний
- 3) Средний
- 4) Общий

73. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СФЕНОИДИТА ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1) Магнитно-резонансная томография головного мозга
- 2) Компьютерная томография околоносовых пазух
- 3) Перкуссия передней стенки верхнечелюстной пазухи
- 4) Лазерная доплеровская флоуметрия

74. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА ПРИМЕНЯЮТ

- 1) Провокационные тесты, пробное лечение гормональными препаратами и бактериологическое исследование полости носа

- 2) Скарификационные кожные тесты, исследование IgE в крови и цитологии носового секрета
- 3) Специфическую иммунотерапию, рентгенографию органов грудной клетки и функцию внешнего дыхания
- 4) Рентгенографию околоносовых пазух, общий анализ мочи и кала на яйца глистов

75. В 65-75% СЛУЧАЕВ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В

- 1) Лобных пазухах
- 2) Клетках решетчатого лабиринта
- 3) Полости носа
- 4) Верхнечелюстных пазухах

76. НАИБОЛЕЕ ЦЕННЫЕ СВЕДЕНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ ДАЕТ

- 1) Рентгенография околоносовых пазух в носоподбородочной и битемпоральной проекциях
- 2) Компьютерная томография
- 3) Визуальный осмотр с пальпацией и риноскопией
- 4) Магнитно-резонансная томография

77. ДЛЯ ЮНОШЕСКОЙ АНГИОФИБРОМЫ СТАДИИ IVA ХАРАКТЕРНО РАСПРОСТРАНЕНИЕ ОПУХОЛИ

- 1) Под твердой мозговой оболочкой и вовлечение в опухолевый процесс кавернозного синуса, гипофиза или перекреста зрительных нервов
- 2) В крылонебную ямку или верхнечелюстную, решетчатую или клиновидную пазухи
- 3) Под твердой мозговой оболочкой без вовлечения кавернозного синуса, гипофиза и перекреста зрительных нервов
- 4) В глазницу или подвисочную ямку с локализацией снаружи твердой мозговой оболочки

78. СВИЩЕВОЙ ХОД МЕЖДУ ПОЛОСТЬЮ РТА И ГАЙМОРОВОЙ ПАЗУХОЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОБРАЗУЕТСЯ ПРИ

- 1) Новообразовании гайморовой пазухи
- 2) Одонтогенном гайморите
- 3) Гнойном гайморите
- 4) Травме гайморовой пазухи

79. ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОСТЕОМЫ НА ЗАДНЕЙ СТЕНКЕ ЛОБНОЙ ПАЗУХИ ВЕДУЩЕЙ ЖАЛОБОЙ БОЛЬНЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Смещение глазного яблока
- 2) Выделения из носа
- 3) Головная боль
- 4) Двоение в глазах

80. К СИМПТОМАМ НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ РАЗВИТИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ОТНОСЯТ

- 1) Одностороннее снижение слуха
- 2) Боль в зубах верхней челюсти
- 3) Экзофтальм
- 4) Заложенность одной половины носа

81. КАКИМ ЭПИТЕЛИЕМ ВЫСТЛАНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНАЯ ПАЗУХА У ВЗРОСЛЫХ?

- 1) Плоским ороговевающим
- 2) Цилиндрическим
- 3) Плоским неороговевающим
- 4) Многослойным мерцательным

82. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕРЕЛОМА СТенок ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ С РАЗРЫВОМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Кровотечение из носа
- 2) Крепитация костных отломков
- 3) Эмфизема мягких тканей лица и/или орбиты
- 4) Наличие раны в проекции пазухи

83. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ГРИБКОВОЙ ИНФЕКЦИИ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) *Histoplasma capsulatum*
- 2) *Conidiobolus coronatus*
- 3) *Candida albicans*
- 4) *Aspergillus fumigatus*

84. ОСОБЕННОСТЬ КЛЕТКИ ГАЛЛЕРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Расположение на дне полости носа
- 2) Нахождение в клиновидной пазухе
- 3) Прилежание к нижней стенке орбиты
- 4) Прилежание в ситовидной пластинке решетчатой кости

85. ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОСТЕОМЫ НА ПЕРЕДНЕНИЖНЕЙ СТЕНКЕ ЛОБНОЙ ПАЗУХИ ВЕДУЩЕЙ ЖАЛОБОЙ БОЛЬНЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Смещение глазного яблока и двоение в глазах
- 2) Головная боль
- 3) Наличие выделений из носа
- 4) Деформация лобной области

86. ОСТЕОМА ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ В \_\_\_\_ ПАЗУХЕ

- 1) Решетчатой
- 2) Верхнечелюстной
- 3) Лобной
- 4) Основной

87. ДЛЯ ГЕМИСИНУСИТА ХАРАКТЕРНО

- 1) Воспаление всех околоносовых пазух
- 2) Лево- или правостороннее воспаление всех пазух на одноименной стороне
- 3) Поражение одной околоносовой пазухи
- 4) Поражение нескольких околоносовых пазух

88. «ЗОЛОТЫМ» СТАНДАРТОМ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Компьютерная томография
- 2) Рентгенография
- 3) Передняя активная риноманометрия
- 4) Эндоскопия

89. ВНУТРИЧЕРЕПНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Тромбоз поперечного синуса
- 2) Абсцесс височной доли мозга
- 3) Экстрадуральный абсцесс
- 4) Тромбоз кавернозного синуса

90. КИСТОВИДНОЕ РАСТЯЖЕНИЕ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ, СОДЕРЖАЩЕЕ ГНОЙ, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) Пневмоцеле
- 2) Пиоцеле
- 3) Мукоцеле
- 4) Гемоцеле

91. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИНОРОДНОГО ТЕЛА ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1) Рентгенография и/или компьютерная томография околоносовых пазух
- 2) Эндоскопия
- 3) Ультразвуковое исследование околоносовых пазух
- 4) Акустическая ринометрия

92. ХОАНАЛЬНЫЙ ПОЛИП ЧАЩЕ ПРОИЗРАСТАЕТ ИЗ ОБЛАСТИ

- 1) Свода носоглотки
- 2) Хоаны
- 3) Соустья гайморовой пазухи
- 4) Лобно-носового канала

93. ВОСПАЛЕНИЕ ВСЕХ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) Гемисинуситом
- 2) Пансинуситом
- 3) Риносинуситом
- 4) Полисинуситом

94. ЛОБНАЯ ПАЗУХА ОТКРЫВАЕТСЯ В \_\_\_\_ НОСОВОЙ ХОД

- 1) Средний
- 2) Нижний
- 3) Общий
- 4) Верхний

95. ЗОНДИРОВАНИЕ КЛИНОВИДНОЙ ПАЗУХИ ВЫПОЛНЯЮТ ЧЕРЕЗ

- 1) Передние решетчатые клетки
- 2) Нижнюю стенку клиновидной пазухи
- 3) Естественное отверстие
- 4) Задние решетчатые клетки

96. ДИАФАНОСКОПИЯ, КАК МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ, ПОДРАЗУМЕВАЕТ

- 1) Просвечивание пазух с помощью специальной лампочки
- 2) Эндоскопический осмотр околоносовых пазух рентгенологическое исследование околоносовых пазух
- 3) Ультразвуковое исследование околоносовых пазух

97. ЗАБОР МАЗКА ИЗ ЗЕВА НА ФЛОРУ И ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО НОСИТЕЛЬСТВА ПНЕВМОКОККА И ГЕМОФИЛЬНОЙ ПАЛОЧКИ ДЕЛАЮТ:

- 1) На фоне приема антибактериальных препаратов
- 2) При наличии у пациента ангины
- 3) На фоне респираторно-вирусной инфекции
- 4) Через 1 неделю после окончания курса антибиотика

98. К САМЫМ МАЛЕНЬКИМ КОСТЯМ В ЧЕЛОВЕЧЕСКОМ ОРГАНИЗМЕ ОТНОСЯТ

- 1) наковальню
- 2) молоточек
- 3) стремечко
- 4) кости носа

99. ОТОТОКСИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЮТ

- 1) цефалоспорины
- 2) аминопенициллины
- 3) аминогликозиды
- 4) макролиды

100. ПОТЕНЦИАЛЬНО ОТОТОКСИЧЕСКИМ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ципрофлоксацин
- 2) кларитромицин
- 3) гентамицин
- 4) амоксициллин

101. АНТИБИОТИКОМ, КОТОРЫЙ НЕ ОБЛАДАЕТ ОТОТОКСИЧЕСКИМ ЭФФЕКТОМ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) неомицин
- 2) гентамицин
- 3) стрептомицин
- 4) пенициллин

102. ОСЛОЖНЕНИЕМ ДИФFUЗНОГО ГНОЙНОГО ЛАБИРИНТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) отогенный менингит
- 2) петрозит
- 3) адгезивный отит
- 4) тромбоз сигмовидного синуса

103. ОТОГЕННЫЙ АРАХНОИДИТ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА

- 1) яремной вене
- 2) полостях сосцевидного отростка
- 3) полостях среднего уха
- 4) полостях внутреннего уха

104. ДЛЯ ЛИХОРАДОЧНОГО ПЕРИОДА ОТОГЕННОГО СЕПСИСА ХАРАКТЕРЕН \_\_\_\_\_ ВИД ТЕМПЕРАТУРНОЙ КРИВОЙ

- 1) гектический
- 2) постоянный
- 3) перемежающийся

4) ремитирующий

105. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОТОМИКОЗ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ

- 1) в среднем ухе
- 2) в наружном слуховом проходе
- 3) в послеоперационной полости
- 4) в ушной раковине

106. ПРИ ОТОСКОПИИ У ПАЦИЕНТА С ОСТРЫМ ДИФFUЗНЫМ НАРУЖНЫМ ОТИТОМ ОТМЕЧАЮТ

- 1) резкое сужение просвета наружного слухового прохода, болезненность
- 2) перфорацию барабанной перепонки без гноетечения и болезненность
- 3) образование в слуховом проходе похожее на фурункул
- 4) перфорацию барабанной перепонки с гноетечением и болезненностью.

107. К ПРИЗНАКАМ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА ОТНОСЯТ

- 1) стойкую перфорацию барабанной перепонки
- 2) концентрически суженный наружный слуховой проход
- 3) творожистые выделения из уха
- 4) множественные пузырьки на барабанной перепонке

108. ЕСЛИ ПРИ ОТОСКОПИИ СЕРНАЯ ПРОБКА ОБНАРУЖЕНА В КОСТНОМ ОТДЕЛЕ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА, ТО В ЭТОМ СЛУЧАЕ

- 1) серная пробка механически смещена в этот отдел из хрящевого отдела
- 2) расположение серной пробки указывает на тимпаносклероз
- 3) это типичное расположение серной пробки
- 4) серные массы могут выделяться железами как в костном, так и в хрящевом отделе наружного слухового прохода

109. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛУЮ КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ ВЫЗЫВАЕТ ПОРАЖЕНИЕ РАКОВОЙ ОПУХОЛЬЮ \_\_\_\_\_ СТЕНКИ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА

- 1) верхней
- 2) задней
- 3) нижней
- 4) передней

110. ПРИ ОТОСКЛЕРОЗЕ ЗВУК В ОПЫТЕ ВЕБЕРА ЛАТЕРАЛИЗУЕТСЯ В

- 1) лучше слышащее ухо
- 2) хуже слышащее ухо
- 3) затылок
- 4) оба уха

111. МЫШЦА, НАТЯГИВАЮЩАЯ БАРАБАННУЮ ПЕРЕПОНКУ, ПОЛУЧАЕТ ИННЕРВАЦИЮ ОТ НЕРВА

- 1) лицевого
- 2) тройничного
- 3) блуждающего
- 4) языкоглоточного

112. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ПРИЗНАКОВ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА ЯВЛЯЕТСЯ



- 1) шум в ухе
- 2) нарушение проходимости слуховой трубы
- 3) прогрессирующее понижение слуха
- 4) наличие рубцовых изменений барабанной перепонки

113. ПЕРИОДИЧЕСКОЕ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ СО СНИЖЕНИЕМ СЛУХА, УШНЫМ ШУМОМ И ЛАБИРИНТНЫМ НИСТАГМОМ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) нейросенсорной тугоухости
- 2) болезни Меньера
- 3) лабиринтита
- 4) отосклероза

114. PARACUSIS VILLISII (УЛУЧШЕНИЕ СЛУХА В ШУМНОЙ ОБСТАНОВКЕ) ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ

- 1) хронического гнойного среднего отита
- 2) адгезивного отита
- 3) острой сенсоневральной тугоухости
- 4) отосклероза

115. ЛАБИРИНТИТ РАЗВИВШИЙСЯ НА ФОНЕ СРЕДНЕГО ОТИТА НАЗЫВАЮТ

- 1) менингогенным
- 2) индуцированным
- 3) тимпаногенным
- 4) гематогенным

116. ПЕРЕДНЯЯ СТЕНКА НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА ОТГРАНИЧИВАЕТ \_\_\_\_\_ ОТ НАРУЖНОГО УХА

- 1) сустав нижней челюсти
- 2) капсулу околоушной слюнной железы
- 3) канал внутренней сонной артерии
- 4) угол нижней челюсти

117. К АДЕКВАТНЫМ РАЗДРАЖИТЕЛЯМ СЛУХОВОГО АНАЛИЗАТОРА ОТНОСЯТ

- 1) перепады температуры
- 2) ускорение
- 3) звуковые волны
- 4) вибрацию

118. ОТОГЕННЫЕ ВНУТРИЧЕРЕПНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЮТ ПРИ

- 1) адгезивном среднем отите
- 2) эптитимпаните
- 3) рецидивирующем экссудативном среднем отите
- 4) мирингите

119. ЧТО НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ПЕРИХОНДРИТА НАРУЖНОГО УХА

- 1) гнойное расплавление хряща ушной раковины
- 2) равномерная, бугристая припухлость кожи
- 3) флюктуация при образовании гнойного экссудата между хрящом и надхрящницей
- 4) деформация мочки уха

120. ОКОНЧАТЕЛЬНЫМ СРОКОМ РАЗВИТИЯ СЛУХОВЫХ КОСТОЧЕК (МОЛОТОЧКА, НАКОВАЛЬНИ И СТРЕМЕЧКА) ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) 6 недель эмбриональной жизни
- 2) 6 месяцев жизни
- 3) конец первого года жизни
- 4) момент рождения

121. ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОРАЖАЕТСЯ

- 1) антрум
- 2) наружный слуховой проход
- 3) слуховая труба
- 4) барабанная полость

122. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМ ДИАГНОЗОМ ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧИВШЕГО ТРАВМУ УХА, БУДЕТ

- 1) аллергический отек ушной раковины
- 2) опухоль ушной раковины
- 3) отогематома
- 4) атерома ушной раковины

123. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ ЭПИТИМПАНИТЕ РАЗВИВАЕТСЯ НЕЙРОПАТИЯ \_\_\_\_\_ НЕРВА

- 1) слухового
- 2) языкоглоточного
- 3) блуждающего
- 4) лицевого

124. КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ УХА ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ ТРАВМЫ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА ИЛИ

- 1) поперечного перелома пирамиды височной кости
- 2) продольного перелома пирамиды височной кости
- 3) перелома свода черепа
- 4) отогематомы

125. ФЛЮКТУИРУЮЩАЯ ТУГОУХОСТЬ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1) болезни Меньера
- 2) сенсоневральной тугоухости
- 3) вестибулярного нейронита
- 4) лабиринтита

126. БОЛЬНЫЕ ОТОСКЛЕРОЗОМ В ШУМНОЙ ОБСТАНОВКЕ

- 1) слышат лучше
- 2) практически перестают слышать
- 3) слышат хуже
- 4) слышат без изменений

127. К ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПРЕПАРАТАМ, ПОРАЖАЮЩИМ ВНУТРЕННЕЕ УХО, ОТНОСЯТ

- 1) кларитромицин, рокситромицин
- 2) спиронолактон, фуросемид
- 3) ампициллин

4) сульфаниламиды

128. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОТОСКЛЕРОЗА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1) МРТ головного мозга
- 2) проба Дикса-Холпайка
- 3) электроэнцефалография
- 4) аудиометрия

129. НЕЙРОСЕНСОРНУЮ ТУГОУХОСТЬ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- 1) тимпаносклерозом
- 2) хроническим гнойным средним отитом
- 3) адгезивным отитом
- 4) отосклерозом и болезнью Меньера

130. БОЛЕЗНЬ МЕНЬЕРА ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С

- 1) адгезивным перфоративным отитом
- 2) гидроцефалией
- 3) невриномой VIII ЧН
- 4) отосклерозом

### **ПК-1.2**

131. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Гипосмия
- 2) Развитие синехий в полости носа
- 3) Периорбитальная эмфизема
- 4) Периорбитальное кровоизлияние

132. ПУНКЦИЮ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПРОВОДЯТ ЧЕРЕЗ

- 1) Средний носовой ход
- 2) Искусственное сообщение в полости рта
- 3) Верхний носовой ход
- 4) Нижний носовой ход

133. ДЛЯ ПАЦИЕНТА С ПОЛИПОЗОМ, ПОРАЖАЮЩИМ ОДНУ ОКОЛОНОСОВУЮ ПАЗУХУ, ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1) Хирургическое лечение
- 2) Системная глюкокортикостероидная терапия
- 3) Динамическое наблюдение
- 4) Длительная терапия интраназальными глюкокортикостероидами

134. ЧЕРЕЗ КАКОЙ НОСОВОЙ ХОД ПРОВОДИТСЯ ПУНКЦИЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ У ВЗРОСЛЫХ?

- 1) Средний и нижний
- 2) Только средний
- 3) Только нижний
- 4) Верхний

135. ТРЕПАНОПУНКЦИЯ ЛОБНОЙ ПАЗУХИ ПОКАЗАНА ПРИ

- 1) Хроническом гнойном фронтите
- 2) Посттравматическом фронтите

- 3) Аплазии лобной пазухи
- 4) Любом осложнении фронтита

136. ОСНОВНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ТРАХЕОСТОМИЧЕСКОЙ ТРУБКИ У БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ГЛОТКИ И ГОРТАНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Возможность дыхания через естественные дыхательные пути
- 2) Полное отсутствие воспалительных явлений органов шеи
- 3) Восстановление голосовой функции
- 4) Купирование болевого синдрома

137. ЛЕЧЕНИЕ ВЕСТИБУЛЯРНОГО НЕЙРОНИТА ВКЛЮЧАЕТ МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И

- 1) Лазеротерапию
- 2) Вестибулярную реабилитацию
- 3) Физиолечение
- 4) Хирургическое лечение

138. ПРИ НАЛИЧИИ МЕТАСТАЗОВ РАКА ГОРТАНИ В ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ШЕИ ВЫПОЛНЯЮТ:

- 1) удаление метастатически измененного лимфатического узла
- 2) подмышечную лимфаденэктомию
- 3) лимфодиссекцию подбородочного треугольника шеи
- 4) операцию Крайля

139. ПРИ ЮНОШЕСКОЙ АНГИОФИБРОМЕ НОСОГЛОТКИ ОБЫЧНО ПРИМЕНЯЕТСЯ \_\_\_\_\_ ЛЕЧЕНИЕ

- 1) Оперативное
- 2) Консервативное
- 3) Химиотерапевтическое
- 4) Лучевое

140. ОСНОВНЫМ СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ ПАРАТОНЗИЛЛЯРНОГО АБСЦЕССА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Ингаляционный
- 2) Хирургический
- 3) Фонопедический
- 4) Физиотерапевтический

141. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ СПОСОБОМ АДЕНОТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Коблация
- 2) Эндоскопическая шейверная
- 3) Лазерная
- 4) Электрокаутеризация

142. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВУЛЬГАРНЫХ АНГИН В КАЧЕСТВЕ ПРЕПАРАТОВ ПЕРВОЙ ЛИНИИ НЕОБХОДИМО ПРИМЕНИТЬ

- 1) Фторхинолоны
- 2) Бета-лактамы
- 3) Тетрациклины
- 4) Сульфаниламиды

143. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ МАНИПУЛЯЦИЙ ПРИ ВСКРЫТИИ ПАРАТОНЗИЛЛЯРНОГО АБСЦЕССА СОСТОИТ ИЗ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ, ВСКРЫТИЯ АБСЦЕССА И

- 1) Разведения краев разреза
- 2) Местной антибиотикотерапии
- 3) Нестероидной противовоспалительной терапии
- 4) Пункции абсцесса

144. К ОСНОВНЫМ СПОСОБАМ ВСКРЫТИЯ ПАРАТОНЗИЛЛЯРНОГО АБСЦЕССА ОТНОСЯТСЯ:

- 1) Передний и задний
- 2) Тупой и острый
- 3) Верхний и нижний
- 4) Наружный и внутренний

145. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВУЛЬГАРНЫХ АНГИН НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ИМЕЮТ АНТИБИОТИКИ ГРУППЫ:

- 1) Синтетических пенициллинов (амоксиклав)
- 2) Сульфаниламидов (бисептол)
- 3) Тетрациклинов (доксицилин)
- 4) Фторхинолонов (ципрофлоксацин)

146. Задний паратонзиллярный абсцесс вскрывается через

- 1) У-образное пространство небной дужки
- 2) Заднюю небную дужку
- 3) Нишу удаленной небной миндалины
- 4) Переднюю небную дужку

147. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ДВУСТОРОННЕЙ ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Активная форма легочного туберкулеза
- 2) ВИЧ- инфекция
- 3) Инсулинрезистентный сахарный диабет
- 4) Вирусный гепатит С

148. БЕЗУСЛОВНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Хронический гломерулонефрит, сочетающийся с откашливанием гнойных пробок по утрам
- 2) Тонзиллогенный сепсис
- 3) Снижение работоспособности, сочетающееся с откашливанием гнойных пробок по утрам
- 4) Полиартрит, сочетающийся с откашливанием гнойных пробок по утрам

149. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Гипертоническая болезнь
- 2) Заболевания крови
- 3) Сахарный диабет
- 4) Холецистит

150. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Глоточное кровотечение
- 2) Парез подъязычного нерва

- 3) Пневмония
- 4) Подкожная эмфизема

151. ПРИ ВЫРАЖЕННОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ НОСОГЛОТКИ ПОКАЗАНО ВЫПОЛНЕНИЕ

- 1) Задней тампонады носа
- 2) Передней тампонады носа
- 3) Этмоидотомии
- 4) Перевязки наружной сонной артерии

152. ДЛЯ ТЕРАПИИ ТОНЗИЛЛИТА ПРИМЕНЯЮТ:

- 1) Тетрациклин
- 2) Гентамицин
- 3) Азитромицин
- 4) Амоксициллин

153. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ФАРИНГОТОНЗИЛЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Ципрофлоксацин
- 2) Доксициклин
- 3) Цефазолин
- 4) Амоксиклав

154. ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АТРОФИЧЕСКОГО ФАРИНГИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Антибактериальная терапия
- 2) Хирургическое лечение
- 3) Прижигание боковых валиков глотки
- 4) Физиотерапия

155. ПРИ ОСТРОМ ФАРИНГИТЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО НАЗНАЧЕНИЕ:

- 1) Местной терапии
- 2) Системных антибиотиков
- 3) Рефлексотерапии
- 4) Физиолечения

156. МЕТОДОМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ АДЕНОИДАХ III СТЕПЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Аденотонзиллэктомия
- 2) Аденотомия
- 3) Тонзиллотомия
- 4) Тонзилэктомия

157. В ЛЕЧЕНИИ ЛАКУНАРНОЙ АНГИНЫ ИСКЛЮЧАЮТ ПРИМЕНЕНИЕ:

- 1) Топических глюкокортикостероидов
- 2) Системных антибактериальных препаратов
- 3) Нестероидных противовоспалительных средств
- 4) Местных антисептиков

158. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ 20-ТИ ЛЕТ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ «ФОЛЛИКУЛЯРНАЯ АНГИНА» ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Ципрофлоксацин
- 2) Амикацин
- 3) Тетрациклин
- 4) Амоксиклав

159. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА НА ФОНЕ УВЕЛИЧЕННЫХ АДЕНОИДНЫХ ВЕГЕТАЦИЙ ЗАКЛЮЧАЮТСЯ В ПРОВЕДЕНИИ:

- 1) Шунтирования барабанной полости
- 2) Физиотерапии в объеме электрофореза с лидазой на заушную область и с калием интраназально
- 3) Катетеризации слуховой трубы с ирригационной терапией
- 4) Общей и местной муколитической терапии

160. ПРИ АНГИНЕ НАЛЕТЫ С НЕБНЫХ МИНДАЛИН УДАЛЯТЬ:

- 1) Необходимо всегда
- 2) Следует только при лакунарной форме
- 3) Следует только при язвенно-пленчатой форме
- 4) Не следует

161. РАДИКАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Двусторонняя тонзиллэктомия
- 2) Аденомия
- 3) Тонзиллотомия
- 4) Абсцесс-тонзиллэктомия

162. МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Промывание лакун
- 2) Физиолечение
- 3) Консервативная терапия
- 4) Двусторонняя тонзиллэктомия

163. МЕТОДОМ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Аденомия
- 2) Удаление папилломы миндалина
- 3) Вскрытие кисты миндалина
- 4) Двусторонняя тонзиллэктомия

164. АМОКСИЦИЛЛИН ПРИ БГСА-ТОНЗИЛЛИТЕ НАЗНАЧАЕТСЯ В ДОЗЕ \_\_\_\_\_ МГ/КГ/СУТКИ

- 1) 10
- 2) 100
- 3) 50
- 4) 25

165. СУЩЕСТВУЮЩИМИ МЕТОДАМИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) Гирудотерапия, акупунктура и специфическая иммунотерапия
- 2) Хирургические, консервативные

- 3) Местная и системная гормонотерапии
- 4) Химиотерапевтические и лучевые

166. ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Гипосенсибилизирующая терапия
- 2) Тонзиллэктомия
- 3) Промывание лакун миндалин
- 4) Тонзиллотомия

167. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ В ЛЕЧЕНИИ ПАРАТОНЗИЛЛЯРНОГО АБСЦЕССА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Лазерно- и криотерапия
- 2) Полоскание полости рта и антибиотикотерапия
- 3) Диагностическая пункция и дезинтоксикационная терапия
- 4) Вскрытие абсцесса и абсцесстонзиллэктомия

168. МЕТОДОМ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Двусторонняя тонзиллэктомия
- 2) Криодеструкция лакун небных миндалин
- 3) Двусторонняя тонзиллотомия
- 4) Лазеродеструкция лакун небных миндалин

169. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА, ПОВЫШАЮЩИЕ СЕКРЕЦИЮ СЛИЗИСТЫХ ЖЕЛЕЗ, НАЗНАЧАЮТ ПРИ \_\_\_\_\_ ФАРИНГИТЕ

- 1) Остром
- 2) Хроническом гипертрофическом
- 3) Хроническом катаральном
- 4) Атрофическом

170. ОПЕРАЦИЯ ПО УДАЛЕНИЮ ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ НАЗЫВАЕТСЯ:

- 1) Аденомия
- 2) Тонзиллотомия
- 3) Тонзиллэктомия
- 4) Кристотомия

171. К КОНСЕРВАТИВНЫМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА ОТНОСЯТ:

- 1) Промывание лакун миндалин, ультразвуковую гидровакуумную санацию небных миндалин (аппарат «Тонзиллор»), использование лазера гелий-неонового
- 2) Использование СО<sub>2</sub>-лазера, YAG- лазера, коблацию миндалин, радиоволновое воздействие (аппарат «Сургитрон»)
- 3) Аппликации облепиховым маслом и медом, введение в лакуны антибиотиков и гемостатиком в виде пасты, УВЧ-терапию миндалин
- 4) Назначение топических глюкокортикостероидов, сосудосуживающих средств, гидровакуум-санацию носа proetz

172. ПОКАЗАНИЕМ К ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ ЯВЛЯЮТСЯ РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ АНГИНЫ, ПАРАТОНЗИЛЛИТЫ, ПАРАТОНЗИЛЛЯРНЫЕ АБСЦЕССЫ И

- 1) Субфебрильная температура
- 2) Местные признаки хронического тонзиллита
- 3) Рецидивирующие респираторные заболевания



4) Метатонзиллярные осложнения

173. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Заглоточный абсцесс
- 2) Паратонзиллярный абсцесс
- 3) Кровотечение
- 4) Небно-глоточная недостаточность

174. К ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ТОНЗИЛЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ НЕ ОТНОСЯТ:

- 1) Сопутствующий фарингит
- 2) Ревматизм
- 3) Субфебрильную температуру тела, длительное недомогание, снижение работоспособности, откашливание казеозных пробок по утрам
- 4) Повторные паратонзиллярные абсцессы

175. К КОНСЕРВАТИВНЫМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА ОТНОСЯТ

- 1) ТОНЗИЛЛОТОМИЮ
- 2) Промывание лакун
- 3) Криодеструкцию
- 4) Рассечение лакун

176. ПОКАЗАНИЕМ К ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ СЧИТАЮТ:

- 1) Гипертрофию миндалин
- 2) Хронический фарингомикоз
- 3) Аденоидные вегетации
- 4) Декомпенсированную форму хронического тонзиллита

177. НА ОСНОВАНИИ ФЕДЕРАЛЬНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ «ОСТРЫЙ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТ» (2016Г.) ПРИ НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА В АНАМНЕЗЕ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ТОНЗИЛЛОФРИНГИТА, ВЫЗВАННОГО БЕТА-ГЕМОЛИТИЧЕСКИМ СТРЕПТОКОККОМ ГРУППЫ А, ПОКАЗАНО

- 1) Внутримышечное введение бензилпенициллина
- 2) Внутримышечное введение цефалоспоринов I-II поколения
- 3) Пероральный прием линкомицина
- 4) Пероральный прием амоксициллина+ клавулановая кислота

178. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ЭТИОТРОПНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО СТРЕПТОКОККОВОГО ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТА ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) В-лактамы
- 2) Линкосамиды
- 3) Аминогликозиды
- 4) Фторхинолоны

179. К МЕТОДУ ОСТАНОВКИ ПАРЕНХИМАТОЗНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ ДВУСТОРОННЕЙ ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ ОТНОСЯТ:

- 1) Введение гемостатического тампона в тонзиллярную нишу
- 2) Наложение лигатуры на кровоточащий сосуд
- 3) Инфильтрацию тканей тонзиллярной ниши раствором новокаина с адреналином
- 4) Наложение зажима Микулича

180. ПОКАЗАНИЕМ К ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Хронический фарингит
- 2) Язвенно-некротическая ангина
- 3) Аденоидит
- 4) Паратонзиллярный абсцесс

181. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО СТРЕПТОКОККОВОГО ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Амоксициллин/клавуланат
- 2) Амоксициллин
- 3) Амоксициллин солютаб
- 4) Цефтриаксон

182. ПРИ ЛАТЕРАЛЬНОЙ ИЛИ ИНТРАТОНЗИЛЛЯРНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПАРАТОНЗИЛЛЯРНОГО АБСЦЕССА ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПОДРАЗУМЕВАЕТ

- 1) Абсцесстонзиллэктомию
- 2) Вскрытие абсцесса
- 3) Пункцию абсцесса
- 4) Консервативное

183. АБСЦЕССТОНЗИЛЛЭКТОМИЮ ПРОВОДЯТ ПРИ:

- 1) Длительно текущей ангине
- 2) Парафарингите
- 3) Латеральной локализации паратонзиллярного абсцесса
- 4) Нижней локализации паратонзиллярного абсцесса

184. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ПАРАТОНЗИЛЛЯРНЫХ АБСЦЕССОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Антибактериальная терапия
- 2) Абсцесстонзиллэктомия в ургентном порядке
- 3) Вскрытие абсцесса
- 4) Пункционный

185. ПРИОРИТЕТНЫМ СОВРЕМЕННЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ СФЕНОИДИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Физиолечение
- 2) Применение синус-катетера «ЯМИК»
- 3) Пункция клиновидной пазухи
- 4) Антиневритное лечение

186. НАИБОЛЕЕ УДОБНЫМ УГЛОМ ОБЗОРА ЭНДОСКОПА ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЯВЛЯЕТСЯ УГОЛ

- 1) 30
- 2) 0
- 3) 70
- 4) 45

187. ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОМ СИНУСИТЕ ПОКАЗАНА:

- 1) Пункция верхнечелюстной пазухи
- 2) Этмоидотомия

- 3) Фронтотомия
- 4) Сфеноидотомия

188. ЗАДНЯЯ ТАМПОНАДА НОСА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ

- 1) Предупреждения эвакуации гнойного экссудата из околоносовых синусов в полость носа в послеоперационном периоде
- 2) Предотвращения развития атрофических процессов слизистой оболочки носа и околоносовых пазух
- 3) Остановки кровотечения из задних отделов носа, при обильных кровотечениях
- 4) Профилактики попадания крови в околоносовые пазухи и слезный канал

189. НАИБОЛЕЕ ЧАСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХАХ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Гипосмия
- 2) Развитие синехий в полости носа
- 3) Периорбитальная эмфизема
- 4) Периорбитальное кровоизлияние

190. СТАПЕДОПЛАСТИКА ВЫПОЛНЯЕТСЯ ПРИ

- 1) остром гнойном среднем отите
- 2) хроническом гнойном среднем отите
- 3) отосклерозе
- 4) экссудативном отите

191. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ГНОЙНЫХ ПЕРФОРАТИВНЫХ ОТИТОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) отипакс
- 2) отофа
- 3) анауран
- 4) кандибиотик

192. ОПТИМАЛЬНЫМ ОБЪЕМОМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПРИЗНАКАХ ОТОГЕННОГО МЕНИНГИТА НА ФОНЕ ОСТРОГО ОТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) расширенная мастоидантромия
- 2) расширенная общеполостная операция
- 3) тимпанопункция
- 4) парацентез барабанной перепонки

193. К ТАКТИКЕ ВРАЧА-ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА «ОТОГЕМАТОМА УШНОЙ РАКОВИНЫ» ОТНОСЯТ

- 1) УВЧ, полуспиртовые компрессы, антибиототики
- 2) пункцию отогематомы, коагулянты непрямого действия
- 3) дренирование отогематомы, наложение давящей повязки, антибактериальную терапию
- 4) антибактериальную и дегидратационную терапию

194. ПРИ ОТОГЕМАТОМЕ ВРАЧ-ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГ ДОЛЖЕН ПРОВЕСТИ

- 1) обработку ушной раковины растворами антисептиков
- 2) широкий разрез и дренировать полость гематомы
- 3) физиотерапевтическое лечение
- 4) пункцию, эвакуировать жидкость и наложить давящую повязку

195. АНТИБИОТИКОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ, КОТОРЫЙ НАЗНАЧАЮТ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) цефтриаксон
- 2) амоксициллин
- 3) левофлоксацин
- 4) азитромицин

196. ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ, ОСЛОЖНЕННОМ МАСТОИДИТОМ И СУБПЕРИОСТАЛЬНЫМ АБСЦЕССОМ, ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ

- 1) антромастодотомии
- 2) общеполостной операции на ухе
- 3) антротомии
- 4) парацентеза барабанной перепонки

197. ПРИ ОТОГЕННОМ ВНУТРИЧЕРЕПНОМ ОСЛОЖНЕНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) мастоидэктомия
- 2) тимпаноластика
- 3) антромастодотомия
- 4) расширенная радикальная операция на ухе

198. ДЛЯ БОЛЬНЫХ ОТОМИКОЗОМ ПОКЗАНА \_\_\_\_\_ ТЕРАПИЯ

- 1) антигистаминная
- 2) противогрибковая
- 3) антибактериальная
- 4) гормональная

199. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДВУСТОРОННЕГО ГНОЙНОГО ОТИТА ОПТИМАЛЬНО ПРИНИМАТЬ АУГМЕНТИН

- 1) независимо от приема пищи
- 2) во время еды
- 3) за 30 минут до еды
- 4) через 1-2 часа после еды

200. ГРУППОЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, ИМЕЮЩИХ ДОКАЗАННУЮ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИ ОСТРОЙ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) синтетические аналоги гистамина
- 2) глюкокортикостероиды
- 3) вазоактивные средства
- 4) витамины

201. ПРИ РАКЕ УШНОЙ РАКОВИНЫ ПОКАЗАНО \_\_\_\_\_ ЛЕЧЕНИЕ

- 1) хирургическое
- 2) химиотерапевтическое
- 3) комбинированное
- 4) лучевое

202. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ПРИ ОТОСКЛЕРОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) фенестрация лабиринта

- 2) тимпанопластика
- 3) мобилизация стремечка
- 4) стапедопластика

### **ПК-1.3**

203. ПОД РЕАБИЛИТАЦИЕЙ ПОНИМАЮТ:

- 1) реализацию профилактических мероприятий
- 2) систему медицинских, социальных, психологических, педагогических, профессиональных мероприятий
- 3) деятельность коллектива медицинских, социальных работников и педагогов
- 4) комплекс мероприятий, направленных на восстановление способности к занятиям спортом

204. ПЕРЕЧЕНЬ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ УТВЕРЖДАЕТ:

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

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

- 1) диспансеризации
- 2) противоэпидемической работы
- 3) проведения профилактических медицинских осмотров
- 4) диспансерного наблюдения

206. В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПРОЦЕССЕ МОГУТ УЧАСТВОВАТЬ МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ, ПСИХОЛОГИ И

- 1) социологи
- 2) юристы
- 3) работники пенсионного фонда
- 4) специалисты по социальной работе

207. ИНВАЛИДОМ ПРИЗНАЕТСЯ ЛИЦО ИМЕЮЩЕЕ \_\_\_\_\_ НАРУШЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ, ПРИВОДЯЩЕЕ К ОГРАНИЧЕНИЮ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ВЫЗЫВАЮЩЕЕ НЕОБХОДИМОСТЬ

- 1) обратимое; его санаторно-курортного лечения и реабилитации
- 2) стойкое; его социальной защиты
- 3) временное; выдачи ему листка нетрудоспособности
- 4) незначительное; его стационарного лечения

208. ПРИ УШНОМ ШУМЕ В КАЧЕСТВЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПОКАЗАНО:

- 1) лечебный массаж
- 2) физиотерапия
- 3) избегать полной тишины
- 4) занятия с психологом

209. ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ТИННИТУСОМ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

- 1) сосудоактивная терапия
- 2) лечебная физкультура
- 3) слухопротезирование
- 4) встраивание в слуховой аппарат маскира шума

210. НА РАННИХ ЭТАПАХ РЕАБИЛИТАЦИИ ГОЛОСОВОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ОДНОСТОРОННЕМ ПАРЕЗЕ ГОРТАНИ ПРИМЕНЯЕТСЯ:

- 1) лечебный массаж
- 2) занятия с психологом
- 3) фонопедия
- 4) физиотерапия

211. НА РАННИХ ЭТАПАХ РЕАБИЛИТАЦИИ ГОЛОСОВОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ОДНОСТОРОННЕМ ПАРЕЗЕ ГОРТАНИ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) витаминотерапию
- 2) галантамин
- 3) цитофлавин
- 4) окталипен

212. К РЕАБИЛИТАЦИОННЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ ПОСЛЕ АДЕНТОМИИ ОТНОСИТСЯ:

- 1) физиолечение
- 2) лечебный массаж
- 3) исключение перегрева (в первую очередь локального в области головы и шеи) в т.ч. путем исключения из рациона горячей пищи и напитков
- 4) прогулки на свежем воздухе

213. С ЦЕЛЬЮ УМЕНЬШЕНИЯ РИСКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ АДЕНТОМИИ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) ограничение физической нагрузки
- 2) лечебную физкультуру
- 3) озонотерапию
- 4) фонопедию

214. КАКИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИМЕНЯЮТСЯ У ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСШИХ ПАРАТОНЗИЛЛЯРНЫЙ АБСЦЕСС

- 1) лечебное голодание
- 2) физиолечение
- 3) реабилитационные мероприятия не показаны
- 4) занятия с психологом

215. КАКОЙ МЕТОД РЕАБИЛИТАЦИИ ПОКАЗАН ПАЦИЕНТАМ С ДВУСТОРОННЕЙ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ IV-Й СТЕПЕНИ ИЛИ ГЛУХОТОЙ

- 1) иглорефлексотерапия
- 2) кохлеарная имплантация
- 3) сосудоактивная терапия
- 4) лечебная физкультура

216. КАКОЙ МЕТОД РЕАБИЛИТАЦИИ ПОКАЗАН ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ

- 1) ограничение шума

- 2) лечение кортикостероидами
- 3) слухопротезирование
- 4) лечебный массаж

217. ЧТО ВХОДИТ В РЕАБИЛИТАЦИЮ БОЛЬНЫХ ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНУСИТОМ ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПОЛИСИНУСОТОМИИ

- 1) физиолечение
- 2) криотерапия
- 3) туалет носа под эндоскопический контролем орошение сосудосуживающими и антисептическими препаратами
- 4) дыхательная гимнастика

218. РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТАМ, ПЕРЕНЕСШИМ ДВУСТОРОННЮЮ ТОНЗИЛЭКТОМИЮ

- 1) физиотерапия
- 2) лечебная физкультура
- 3) ограничение физической нагрузки в течение одного месяца
- 4) соблюдение голосового режима

219. ЧТО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТАМ С ХСНТ ПРИ НЕВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СЛУХОВЫХ АППАРАТОВ В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ПОРОГИ КОСТНОГО ЗВУКОПРОВЕДЕНИЯ НА 500 ГЦ НЕ БОЛЕЕ 55 ДБ И НА ВЫСОКИХ ЧАСТОТАХ НЕ БОЛЕЕ 75 ДБ

- 1) гормонотерпия
- 2) иглорефлексотерапия
- 3) установка импланта среднего уха
- 4) массаж воротниковой зоны

220. МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИМЕНЯЕМЫЕ У ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРУЮ СЕНСОНЕВРАЛЬНУЮ ТУГОУХОСТЬ

- 1) занятия с психологом
- 2) реабилитация не показана
- 3) иглорефлексотерапия
- 4) лечебная физкультура

221. РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ.

- 1) слухопротезирование
- 2) кохлеарная имплантация
- 3) выполнение лечебных оториноларингологических манипуляций, направленных на восстановление аэрации и газообмена полостей среднего уха
- 4) физиотерапия

222. РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

- 1) физиолечение
- 2) беречь ухо от попадания воды
- 3) местная противовоспалительная терапия
- 4) слухопротезирование

**ПК-1.4**

223. ДЛЯ РАСЧЕТА СРЕДНЕЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ОДНОГО СЛУЧАЯ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА 100 РАБОТАЮЩИХ (ОТЧЕТНАЯ ФОРМА № 16-ВН) НЕОБХОДИМО ЗНАТЬ ЧИСЛО СЛУЧАЕВ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ И ЧИСЛО

- 1) зарегистрированных лиц работоспособного возраста в районе обслуживания поликлиники
- 2) рабочих дней в году
- 3) выданных листков нетрудоспособности
- 4) дней временной нетрудоспособности

224. ПРИ ОКАЗАНИИ ГРАЖДАНИНУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ (ФОРМИРУЕТСЯ)

- 1) при окончании лечения
- 2) в день признания его временно нетрудоспособным
- 3) по желанию пациента
- 4) с первого дня заболевания или травмы

225. ПРИ НАПРАВЛЕНИИ ГРАЖДАНИНА, ПОСТРАДАВШЕГО В СВЯЗИ С ТЯЖЕЛЫМ НЕСЧАСТНЫМ СЛУЧАЕМ НА ПРОИЗВОДСТВЕ, ПОСЛЕ ОКАЗАНИЯ ЕМУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ (УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА), АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ, НА МЕДИЦИНСКУЮ РЕАБИЛИТАЦИЮ В САНАТОРНО-КУРОРТНУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ В ПЕРИОД ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ (ДО НАПРАВЛЕНИЯ НА МСЭ) ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ФОРМИРУЕТСЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ, НАПРАВИВШЕЙ ГРАЖДАНИНА НА МЕДИЦИНСКУЮ РЕАБИЛИТАЦИЮ, ПО РЕШЕНИЮ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ

- 1) на весь период медицинской реабилитации и проезда к месту лечения и обратно
- 2) первые пять дней лечения
- 3) весь период лечения
- 4) первые десять дней лечения

226. ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРОВОДИТСЯ В ЦЕЛЯХ

- 1) выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата
- 2) определения способности работника осуществлять трудовую деятельность, необходимости и сроков временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу, а также принятия решения о направлении гражданина на медико-социальную экспертизу
- 3) установления причинно-следственной связи заболевания с профессиональной деятельностью
- 4) определения потребностей гражданина в мерах социальной защиты, включая реабилитацию на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма

227. ВЫПЛАТУ РАБОТОДАТЕЛЕМ РАБОТНИКУ ПОСОБИЯ ПО ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ГАРАНТИРУЕТ

- 1) Федеральный закон от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
- 2) Трудовой кодекс Российской Федерации



- 3) приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29.06.2011 года № 624н
- 4) Конституция Российской Федерации

228. ОДНИМ ИЗ КРИТЕРИЕВ , ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ РАЗМЕР ВЫПЛАТ ПО ЛИСТКУ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) наличие наград у работника
- 2) возраст работника
- 3) страховой стаж
- 4) уровень образования

229. ВРЕМЕННАЯ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ НА СРОК БОЛЕЕ 15 ДНЕЙ ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ

- 1) только заведующим отделением
- 2) врачебно-контрольной комиссией или заведующим отделением
- 3) только врачебно-контрольной комиссией
- 4) врачом

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

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

232. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА ВЗРОСЛЫМ БОЛЬНЫМ ЧЛЕНОМ СЕМЬИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ВЫДАЕТСЯ (ФОРМИРУЕТСЯ) СРОКОМ НЕ БОЛЕЕ ЧЕМ НА \_\_\_\_ КАЛЕНДАРНЫХ ДНЕЙ

- 1) 7
- 2) 20
- 3) 30
- 4) 10

233. ЭКСПЕРТИЗУ СТОЙКОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

- 1) Бюро медико-социальной экспертизы
- 2) Министерство здравоохранения
- 3) Федеральное медико-биологическое агентство
- 4) Территориальный фонд ОМС

234. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ИМЕЕТ ПРАВО ФОРМИРОВАТЬ

- 1) Врач скорой помощи
- 2) Лечащий врач
- 3) Врач приёмного покоя больницы
- 4) Судебно-медицинский эксперт

235. ПРИЗНАНИЕ ЧЕЛОВЕКА ИНВАЛИДОМ ВОЗМОЖНО ТОЛЬКО ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭКСПЕРТИЗЫ

- 1) военно-врачебной
- 2) медико-социальной
- 3) трудоспособности
- 4) судебно-медицинской

236. НЕОБХОДИМОСТИ И СРОКИ ВРЕМЕННОГО ПЕРЕВОДА РАБОЧЕГО ИЛИ СЛУЖАЩЕГО НА ДРУГУЮ РАБОТУ ПО БОЛЕЗНИ ОПРЕДЕЛЯЕТ

- 1) Заведующий отделением
- 2) Лечащий врач
- 3) Медико-социальная экспертиза
- 4) Врачебно-консультационная комиссия

237. ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1) Этап медико-социальной экспертизы
- 2) Разновидность экспертизы связи заболевания с профессией
- 3) Разновидность экспертизы профессиональной пригодности
- 4) Вид медицинской экспертизы

238. ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА БУМАЖНОМ НОСИТЕЛЕ ПАЦИЕНТ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ

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

239. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Установление острого заболевания
- 2) Прохождение профилактического осмотра
- 3) Прохождение обследования по направлению военных комиссариатов
- 4) Диспансеризация по поводу хронического заболевания

240. БЕЗРАБОТНОМУ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

- 1) Выдаётся только при ургентном заболевании
- 2) Не выдаётся
- 3) Выдаётся в случае госпитализации
- 4) Выдаётся при наличии у него документа о постановке на учёт по безработице

241. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ОСТРОМ СИНУСИТЕ

- 1) 2-3 дня
- 2) 5-6 дней
- 3) 10-12 дней

4) 5-20 дней

242. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ

- 1) 2-3 дня
- 2) 5-6 дней
- 3) 10-12 дней
- 4) 15-20 дней

243. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ОТОСКЛЕРОЗА

- 1) 2-4 дня
- 2) 5-7 дней
- 3) 10-14 дней
- 4) 18-25 дней

### **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