ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ПЕРВЫЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.П.ПАВЛОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВОХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ГБОУ ВПО ПСПБГМУ ИМ. И.П.ПАВЛОВА МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ)

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ
ОРДИНАТУРА
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ОБЩАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА (СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА)»
КАФЕДРА ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ (СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Источником ошибок при определении СОЭ могут служить:
А. неправильное соотношение между цитратом натрия и кровью
Б. образование сгустка, неправильное соотношение между цитратом натрия и кровью
В. наклонное положение капилляров в штативе, образование сгустка, неправильное соотношение между цитратом натрия и кровью
Г. несоблюдение температурного режима, наклонное положение капилляров в штативе, образование сгустка, неправильное соотношение между цитратом натрия и кровью

Под «относительным нейтрофилезом» понимают:
А. увеличение процентного содержания нейтрофилов при нормальном абсолютном их количестве
Б. увеличение процентного и абсолютного содержания нейтрофилов
В. увеличение их абсолютного числа
Г. уменьшение процентного содержания нейтрофилов
Д. все ответы неправильные

Повышение гематокритной величины наблюдается при:
А. эритроцитозах
Б. анемиях, эритроцитозах
В. Гипергидротации, анемиях, эритроцитозах
Г. все перечисленное неверно

Лейкоцитоз наблюдается при:
А. аплазии и гипоплазии костного мозга
Б. гиперспленизме
В. лейкозах
Г. лучевой болезни
Д. аплазии и гипоплазии костного мозга, гиперспленизме, лейкозах, лучевой болезни

Кто имеет право на выдачу листка нетрудоспособности
1. Главный врач.
2. Зав. отделением.
3. Лечащий врач.
4. Зав. отделением, выполняющий лечебную работу.

При лечении хронического алкоголизма, осложненного циррозом печени, алкогольной миокардиодистрофией выдается

1. Листок нетрудоспособности.
2. Справка о временной нетрудоспособности.
3. Справка ВК.
4. Никакие документы не выдаются.

На какой срок и какой документ может быть выдан врачом здравпункта

1. Листок нетрудоспособности на 6 дней.
2. Листок нетрудоспособности на 15 дня.
3. Справка о временной нетрудоспособности.

В каких случаях не выдается листок нетрудоспособности по уходу за больным ребенком не инвалидом

1. Ребенок старше 7 лет.
2. Ребенок старше 12 лет
3. Ребенок старше 15 лет.
4. Мать находится в отпуске по беременности и родам.
5. Мать находится в отпуске по уходу за ребенком до 3 лет.

Под типом руководства понимают:

1. формы управляющего воздействия;
2. степень свободы участия коллектива в выработке решений;
3. сложившуюся систему отношений в коллективе.

Делегирование полномочий – это:

1. наделение подчиненного определенной свободы действий;
2. наделение правами и обязанностями какого-либо лица в сфере его компетенции;
3. предоставление полной свободы действий какому-либо лицу.

К принципам делегирования полномочий относят следующие принципы, кроме:

1. полной самостоятельности;
2. диапазона контроля;
3. фиксированной ответственности;
4. соответствия прав и обязанностей;
5. передача ответственности на возможно более низкий уровень;
6. отчетности по отклонениям.

Не являются методами мотивации:

1. экономическая заинтересованность;
2. целевой подход в управлении;
3. меры, направленные на неукоснительное соблюдение подчиненными порядка в учреждении;
4. качественное расширение выполняемой работы;
5. участие работников в управлении учреждением.

Благоприятный социально-психологический климат коллектива определяет все, кроме:

1. организованности;
2. благодушия;
3. коллективизма (сплоченности);
4. информированности;
5. ответственности.

Врач имеет право на страхование профессиональной ошибки в случае если

1) в результате ошибки причинен вред или ущерб здоровью гражданина, связанный с небрежным выполнением врачом своих профессиональных обязанностей
2) в результате ошибки причинен вред или ущерб здоровью гражданина, связанный с халатным выполнением профессиональных обязанностей
3) ошибки не связаны с халатным или небрежным выполнением врачом своих профессиональных обязанностей

Деонтология - наука о долге врача и среднего медицинского персонала, который состоит в том, чтобы

1. обеспечить наилучшее лечение
2. создать благоприятную обстановку для выздоровления больного
3. установить доверительные отношения: больной-врач, врач-больной,врач-родственники больного, врачи между собой
4. все перечисленное

Функции управления персоналом представляют собой:

1. комплекс направлений и подходов работы в с кадрами, ориентированный на удовлетворение производственных и социальных потребностей предприятия;
2. комплекс направлений и подходов по повышению эффективности функционирования предприятия;
3. комплекс направлений и подходов по увеличению уставного фонда организации;
4. комплекс направлений и подходов по совершенствованию стратегии предприятия;
5. комплекс направлений и мероприятий по снижению себестоимости продукции.

Вы приступили к проведению занятия в группе медицинских сестер, все успокоились, настала тишина, и вдруг в классе кто-то громко засмеялся. Когда вы, не успев ничего сказать, вопросительно и удивленно посмотрели на сестру, которая засмеялась, она, смотря вам прямо в глаза, заявила: «Мне всегда смешно глядеть на Вас, и хочется смеяться, когда вы начинаете вести занятия». Как вы отреагируете на это? Выберите и отметьте подходящий вариант словесной реакции из числа предложенных ниже.

1. «Вот тебе и на!»
2. «А что Вам смешно?»
3. «да пожалуйста!»
4. «Люблю веселых людей».
5. «Я рад (а), что создаю у Вас веселое настроение».

Преподаватель дает группе медсестер задание, одна из них не хочет его выполнять и при этом заявляет: «Я не хочу это делать!» — Какой должна быть реакция?

1. «Не хочешь — заставим!»
2. «Для чего же Вы тогда пришли учиться?»
3. «Тем хуже для Вас. Ваше поведение похоже на поведение человека, который назло своему лицу хотел бы отрезать себе нос».
4. «Не мог бы Вы объяснить, почему?»
5. «Давайте сядем и обсудим — может быть, Вы и правы».

Форма получения образования, где в ходе образования постоянно существует связь «обучаемый-преподаватель» называется:

1. самообразование
2. очная
3. заочная
4. верно б
5. верны все ответы

Образовательные программы разрабатываются на основе:

1. концепции образования
2. программы развития образования
3. закона об образовании
4. образовательного стандарта
5. все ответы верны

Метод обучения, обеспечивающий усвоение учебного материала путем самостоятельных размышлений, поиска, «открытия»:

1. рассказ
2. объяснение
3. решение проблемы
4. частично-поисковый метод
5. демонстрация

Наглядные методы обучения условно можно разделить на 2 группы:

1. иллюстрация и демонстрация
2. беседа и демонстрация
3. семинар и наблюдение
4. словесные и наглядные
5. дискуссия и видеометод

Привлечение всех органов чувств к восприятию учебного материала есть принцип:

1. прочности
2. научности
3. систематичности и последовательности
4. доступности
5. наглядности

Получение информации о состоянии педагогического процесса с помощью совокупности методов, приемов, способов — это:

1. педагогический мониторинг
2. педагогическая диагностика
3. педагогическая рефлексия
4. педагогический менеджмент
5. педагогический анализ

Профилактика токсикоманий включает:

1. объединение практических, максимально приближенных к месту учебы и

проживания подростков мероприятий по улучшению психоадаптационных возможнос-
тей;
2. раннюю и непрерывную антитоксикоманическую пропаганду;
3. повышение осведомленности в проблеме токсикоманий родителей и лиц, работающих с подростками;
4. разработку и внедрение скрининговых процедур, направленных на выявление нарушений на различных структурных уровнях организма;
5. все перечисленное.

Какие направления существуют в формировании здорового образа жизни?

1. создание, развитие, усиление, активизация позитивных для здоровья условий, факторов, обстоятельств;
2. преодоление низкой физической активности гиподинамии;
3. экологической активности, экологически грамотного поведения, деятельности за оздоровление внешней среды;
4. преодоление, уменьшение факторов риска здоровью;
5. правильное питание.

Выберите группы факторов, имеющих значение в формировании здоровья человека:

1. образ жизни;
2. психические факторы;
3. физические факторы;
4. генетика, биология человека;
5. внешняя среда человека, экологические, природно-климатические факторы;
6. состояние здравоохранения.

Функциями врачебно–физкультурного диспансера являются:

1. гигиеническое воспитание населения;
2. проведение социологических опросов среди медицинских работников;
3. ведение учетно–отчетной документации;
4. анализ причин спортивного травматизма;
5. выдача рекомендаций по двигательным режимам для различных групп населения.

Какой из методов пропаганды здорового образа жизни наиболее эффективен?

1. печатный;
2. наглядный;
3. устный;
4. комбинированный;
5. последовательный

Больным неосложненным инфарктом миокарда с целью ограничения зоны некроза целесообразно: а. Внутривенное введение глюкозо-инсулин-калиевой смеси ("поляризующая смесь"); б. Внутривенное капельное введение нитроглицерина; в. Назначение средств, улучшающих метаболизм миокарда (рибоксин, кокарбоксилаза); г. назначение бета-блокаторов.

1. если правильны ответы а, б и в;
2. если правильны ответы а и в;
3. если правильны ответы б и г;
4. если правильный ответ г;
5. если правильны ответы а, б, в и г.

Назовите вторичные факторы риска

1. грипп
2. диабет
3. артериальная гипертензия
4. вирусный гепатит
5. липидемия, холистереинемия
6. ревматизм
7. аллергия
8. иммунодефициты

Санитарно-гигиеническая работа по профилактике табакокурения должна быть адресована:

1. к детям и подросткам;
2. к лицам, пробующим табак;
3. к недавно курящим;
4. к давно курящим
5. Ко всем перечисленным группам

Объектом первичной профилактики являются:

1. реконвалесценты острых заболеваний;
2. больные хроническими заболеваниями;
3. все население;
4. трудоспособное население.

Компонентами системы первичной профилактики являются:

1. диспансеризация;
2. оздоровление окружающей среды;
3. реабилитационные мероприятия;
4. здоровый образ жизни;
5. мониторинг здоровья населения.

Цель вторичной профилактики - предупреждение:

1. несчастных случаев;
2. острых заболеваний;
3. хронизации заболеваний.

Диспансеризация взрослого населения проводится:

1. 1 раз в год;
2. 1 раз в три года;
3. 2 раза в год;
4. 1 раз в два года.

Цели диспансеризации:

1. раннее выявление заболеваний и факторов риска их развития; определение группы здоровья; профилактическое консультирование; определение группы диспансерного наблюдения;
2. раннее выявление заболеваний и факторов риска их развития; профилактическое консультирование;
3. определение группы здоровья; профилактическое консультирование; определение группы диспансерного наблюдения;
4. определение группы диспансерного наблюдения.

В комплект специфических документов, необходимых для диспансеризации входят:

1. амбулаторная карта пациента, карта выбывшего из стационара;
2. маршрутная карта диспансеризации, паспорт здоровья;
3. карта стационарного больного, амбулаторная карта;
4. маршрутная карта диспансеризации, паспорт болезни.

Профилактический осмотр взрослого населения проводится:

1. 1 раз в 3 года;
2. 1 раз в год;
3. 1 раз 2 года;
4. 2 раза в год.

Диспансеризация взрослого населения в РФ проводится по принципу:

1. одноэтапности;
2. двухэтапности;
3. трёхэтапности;
4. пятиэтапности.

Этап медицинской эвакуации означает
1) участок от места ранения до ближайшего лечебного учреждения
2) все учебные учреждения, расположенные вблизи очага катастрофы
3) участок пути между лечебными учреждениями, в которых оказывается медицинская помощь пострадавшим
4) лечебные учреждения, развернутые и работающие на путях эвакуации

Основные мероприятия при холере в эпидочаге...
1) изоляцию контактных, специфическую профилактику
2) медицинское наблюдение и бактериологическое обследование контактных
3) экстренную профилактику антибиотиками, изоляцию, карантин
4) изоляцию больных, заключительную дезинфекцию
5) госпитализацию больных, изоляцию контактных (медицинское наблюдение, бактериологическое обследование, экстренную профилактику) текущую и заключительную дезинфекцию, в особо сложной эпидемиологической обстановке – карантин.

Основными способами защиты населения от оружия массового поражения являются
1) использование защитных сооружений для укрытия населения, рассредоточение и эвакуация населения, использование средствиндивидуальной защиты, в том числе медицинской
2) эвакуация из городов
3) оповещение населения об угрозе нападения использование противогазов
4) использование средств индивидуальной защиты и медицинских средств профилактики

Контактными считаются лица общавшиеся с больным холерой…
1) в инкубационном периоде
2) в период клинических проявлений болезни
3) в период клинических проявлений и в период ранней реконвалесценции
4) в инкубационный период и в периоде клинических проявлений
5) в любой период болезни.

В основу медицинской сортировки при чрезвычайных ситуациях берется
1) установление диагноза заболевания (поражения) и его прогноза
2) состояние раненого (больного) и нуждаемость в эвакуации на последующие этапы
3) тяжесть ранения (заболевания) и срочность оказания медицинской помощи
4) срочность проведения лечебных и эвакуационных мероприятий

При появлении больного холерой на амбулаторном приеме, действия врача следующие...
1. прекращение приема и сообщение зав. Поликлиникой и главному государственному санитарному врачу территории
2. госпитализация больного
3. текущая дезинфекция в приемном отделении
4. забор материала от больного для бактериологического исследования
5. все перечисленное.

Индивидуальный противохимический пакет используется для проведения частичной
1) дезактивации
2) дегазации и дезинфекции
3) дезинфекции
4) санитарной обработки и дегазации

Понятие эпидемический очаг подразумевает…
1. место пребывания источника инфекции с окружающей его территорией в тех пределах, в которых он способен в данной конкретной обстановке, при данной инфекции передавать заразное начало окружающим
2. территория, на которой осуществляется процесс взаимодействия популяции паразита и популяции хозяина
3. территория, на которой после отсутствия случаев инфекционных болезней в течение максимального инкубационного периода выявляется новый случай инфекционного заболевания
4. территория, на которой постоянно выявляются случаи какого-либо инфекционного заболевания
5. территория, на которой проживают люди, больные тем или иным инфекционным заболеванием

Основными группами показателей общественного здоровья являются:
1. показатели заболеваемости, физического развития, инвалидности, естественного движения населения;
2. демографические показатели, показатели естественного движения населения, заболеваемости, инвалидности, физического развития;
3. демографические показатели, показатели заболеваемости, инвалидности, физического развития.

Для вычисления показателя первичной заболеваемости необходимы следующие данные:
1. число впервые зарегистрированных за год заболеваний и число прошедших медосмотры;
2. число впервые зарегистрированных за год заболеваний и численность населения;
3. число всех имеющихся у населения заболеваний и численность населения.

Показатель общей заболеваемости характеризует:

1. число впервые зарегистрированных за год заболеваний;
2. число заболеваний, выявленных при проведении медицинских осмотров;
3. общее число всех имеющихся у населения болезней, как впервые выявленных, так и зарегистрированных в предыдущие годы.

Младенческая смертность - это смертность детей:

1. на первой неделе жизни;
2. на первом месяце жизни;
3. на первом году жизни.

Предметом изучения медицинской статистики являются:

1. информация о здоровье населения;
2. информация о влиянии факторов окружающей среды на здоровье человека;
3. информация о кадрах, сети и деятельности учреждений и служб здравоохранения;
4. информация о результатах клинических и экспериментальных исследованиях в медицине;
5. все вышеперечисленное.

Основными показателями общественного здоровья являются все, кроме?

1. показатели заболеваемости;
2. показатели инвалидности;
3. показатели летальности;
4. показатели физического развития;
5. демографические показатели.

Критерием общей заболеваемости (распространенности, болезненности) населения является:

1. частота патологии среди населения, выявленная при медицинских осмотрах;
2. совокупность первичных в данном году случаев обращений населения за медицинской помощью по поводу заболеваний, выявленных как в данном году, так и в предыдущие годы;
3. совокупность новых, нигде ранее не ученных и впервые в данном отчетном году выявленных среди населения заболеваний;
4. учет всех заболеваний и специальный учет заболеваний, включающий заболеваемость: инфекционную, неэпидемическую, с временной утратой трудоспособности.

Статистическими измерителями общественного здоровья населения являются:

1. демографические показатели;
2. заболеваемость;
3. инвалидность;
4. физическое развитие;
5. временная нетрудоспособность.

Клинические признаки крапивницы:

1) пузыри
2) рубцы
3) бугорки
4) волдыри
5) узлы

Перечислите клинические признаки синдрома Лайелла.

1) нарушение общего состояния
2) наползающая эритема
3) положительный симптом Никольского
4) болезненность кожи
5) анизокория
6) гипергидроз

Наиболее типичные места лихенификации при атопическом дерматите:
1) в локтевых изгибах
2) в подколенных ямках
3) на задней поверхности шеи
4) на половых органах
5) на ягодицах
6) все выше перечисленное верно
Исходом микробной экземы может быть трансформация в:

1) атопический дерматит
2) контактный дерматит
3) истинную экзему
4) токсикодермию
5) псориаз

Для острого конъюнктивита характерна инъекция:
а) перикорнеальная;
б) застойная;
в) конъюнктивальная.
Симптомы бактериального конъюнктивита:
а) ощущение «песка» в глазах;
б) конъюнктивальная инъекция;
в) отсутствие отделяемого;
г) большое количество гнойного отделяемого
д) всё перечисленное, кроме В.
Фолликулы конъюнктивы характерны для:
а) аденовирусного конъюнктивита;
б) трахомы;
в) хламидийного конъюнктивита;
г) всего перечисленного.
Сочетание признаков – светобоязнь, слезотечение, блефароспазм, ощущение инородного тела под верхним веком – характерно для:
а) катаракты;
б) кератита;
в) отслойки сетчатки;
г) атрофии зрительного нерва.

Типичный симптом паратонзиллярного абсцесса
а). тризм жевательной мускулатуры
б). закрытая гнусавость
в). сужение наружной сонной артерии
г). ксеростомия
д). отклонение высунутого изо рта языка к противоположной стороне

У Вас на приеме 3-х летний мальчик с жалобами на постоянный насморк, дыхание ртом и подозрением на снижение слуха. Самый вероятный диагноз?
а). искривление перегородки носа
б). гипертрофия носоглоточной миндалины
в). инородное тело носа
г). хронический тонзиллит
д). фиброма носоглотки

Какие признаки Вы ожидаете обнаружить в типичном случае у 18-месячного ребенка с острым стенозирующим ларингитом?
а). охриплость
б). инспираторный стридор
в). лающий кашель
г). коробочный перкуторный звук над легочными полями
д). аускультативно: экспираторный свист над обоими легкими

Для исследования носоглотки наиболее предназначена
а). задняя риноскопия
б). передняя риноскопия
в). непрямая ларингоскопия
г). прямая ларингоскопия
д). антроскопия

Для ишемического инсульта характерно:
1. повышение температуры тела в первые часы;
2. менингеальный синдром;
3. преобладание очаговых симптомов над общемозговыми;
4. онемение дистальных отделов конечностей.

Для геморрагического инсульта характерно:
1. появление кожных геморрагических высыпаний;
2. простреливающие боли по ходу межреберий;
3. преобладание общемозговых симптомов над очаговыми;
4. гипотермия.

Головная боль при мигрени характеризуется:
1. нарастанием в течение месяца;
2. усилением при натуживании, кашле или чихании;
3. изменением интенсивности при наклоне головы;
4. локализацией в одной половине головы.

Головная боль при опухолях головного мозга имеет особенности:
распирающий характер:
1. провоцируется употреблением в пищу тираминсодержащих продуктов;
2. ощущается как удар током;
3. часто сопровождается рвотой;
4. правильный ответ 1,4.

Ребенку 5 лет. Накануне вечером мать заметила за ушами и на волосистой части головы пузырьковую сыпь. К утру появился насморк, элементы сыпи на туловище. Температура тела 37,5°С. Ваш диагноз:

1. Скарлатина
2. Ветряная оспа
3. Корь
4. Дсевдотуберкулез
5. Аллергическая сыпь

Девочке 8 лет. Вызов на дом. Заболела остро 2 дня назад. Температура тела в течение суток повышалась до 38,0-40,0°С; озноб. Девочка осунулась. Мочится часто, моча мутная. Предположительный диагноз:

1. Острый цистит
2. Острый уретрит
3. Острый гломерулонефрит
4. Острый пиелонефрит
5. Инфекция мочевых путей

У ребенка 10 лет при объективном обследовании в обоих подреберьях пальпируются болезненные бугристые, плотно-эластические образования. Имеются лабораторные признаки хронической почечной недостаточности. В первую очередь следует думать:

1. Об удвоении почек
2. О поликистозе почек
3. О мультикистозе почек
4. О хроническом пиелонефрите
5. Об эхинококкозе почек

Ребенку 1 год 7 мес. Жалобы на внезапный кашель, одышку, которая исчезла через 15 мин. При осмотре: температура тела нормальная, ребенок активен, при аускультации легких слева в верхней доле свистящие хрипы на выдохе, перкуторно коробочный звук. Предположительный диагноз:

1. Бронхиальная астма
2. Обструктивный бронхит
3. Инородное тело бронха
4. Бронхиолит
5. Коклюш

Характерными симптомами внутрипеченочного холестаза беременных являются:

1. петехиальная сыпь
2. артралгии
3. боли в животе
4. кожный зуд, слабая желтуха
5. изжога, желтуха

Нагрубание молочных желез и появление молозива относится к группе:

1. вероятных признаков беременности
2. сомнительных признаков беременности
3. достоверных признаков беременности

Среди признаков беременности раннего срока прекращение менструаций относится к группе:

1. вероятных признаков беременности
2. сомнительных признаков беременности
3. достоверных признаков беременности

Достоверным признаком беременности является:

1. изменение формы, величины и консистенции матки
2. тошнота, рвота по утрам
3. аускультация седечных тонов плода
4. положительная биологическая реакция
5. определение (пальпация) частей плода

Нарушение подвижности в суставе принято характеризовать

а) как анкилоз
б) как контрактура
в) как ригидность
г) как патологическая подвижность
д) все правильно

Рентгенографическое исследование дает возможность установить перечисленное, кроме

а) наличия костных переломов и степени их консолидации
б) характера смещения отломков
в) изменения структуры костной ткани
г) степени регенерации поврежденного хряща
д) разрывов крупных сухожилий,
наличия свободного газа и жидкости в полостях, мягкотканных опухолей

Обычное рентгенологическое исследование дает возможность выявить всю перечисленную патологию, кроме

а) перелома или трещины кости
б) вывиха, подвывиха фрагментов сустава
в) костной опухоли
г) мягкотканной опухоли
д) повреждения хрящевой ткани

Томография костей помогает выявить все перечисленное, кроме

а) наличия перелома
б) отсутствия перелома
в) наличия костного срастания перелома
г) наличия ложного сустава и несросшегося перелома
д) разрывов мышц, связок и сухожилий

Какой метод наиболее надежен для исключения малигнизации язвы желудка:

1. рентгенологический;
2. эндоскопический;
3. кал на скрытую кровь;
4. желудочный сок с гистамином;
5. эндоскопия с биопсией.

У больного, страдающего язвенной болезнью желудка, в период очередного обострения появились жалобы на отрыжку тухлым яйцом, рвоту принятой накануне пищей. Какое осложнение возникло у больного:

1. пенетрация;
2. перфорация;
3. кровотечение;

4. стеноз привратника;
5. малигнизация.

У больного жалобы на боли в эпигастрии, появляющиеся через 1,5–2 ч после еды и натощак. Этот симптом предположительно указывает на наличие:

1. хронического гастрита;
2. язвенной болезни желудка;
3. язвенной болезни двенадцатиперстной кишки;
4. холецистита;
5. панкреатита.

Высокий уровень амилазы сыворотки может быть при всех состояниях, за исключением:

1. разрыва панкреатической кисты;
2. хронической застойной сердечной недостаточности;
3. внематочной беременности;
4. свинки;

Что из перечисленного не характерно для стенокардии I функционального класса:

1. депрессия сегмента ST при ВЭМ-пробе;
2. возникновение болей при подъеме до 1-го этажа;
3. отсутствие изменений ЭКГ в покое;
4. иррадиация болей в левое плечо;
5. давящий характер болей.

Какие изменения на ЭКГ достоверно свидетельствуют о коронарной недостаточности при проведении ВЭМ-пробы:

1. реверсия негативного зубца Т;
2. удлинение интервала PQ;
3. депрессия сегмента ST более 2 мм;
4. появление предсердной экстрасистолии;
5. преходящая блокада правой ножки пучка Гиса.

Какие признаки не характерны для вариантной стенокардии:

1. быстропроходящий подъем сегмента ST на ЭКГ;
2. при коронарографии в 10% случаев выявляются малоизмененные или непораженные коронарные артерии;
3. приступы возникают чаще ночью;
4. наиболее эффективны антагонисты кальция;
5. физическая нагрузка переносится плохо.

57-летний больной жалуется, что в течение года 1–2 раза в месяц под утро возникают загрудинные боли сжимающего характера, отдающие под левую лопатку, которые проходят в течение получаса после приема нитроглицерина. При холтеровском мониторировании: в момент приступа подъем ST в отведениях V2–V5 8 мм. На следующий день – ST на изолинии. Какая патология у больного:

1. стабильная стенокардия IV функционального класса;
2. инфаркт миокарда;
3. ишемическая дистрофия миокарда;
4. вариантная стенокардия;
5. прогрессирующая стенокардия.

Какой из нижеперечисленных вариантов стенокардии является показанием к госпитализации:

1. стенокардия Принцметала;
2. впервые возникшая стенокардия напряжения;
3. быстропрогрессирующая стенокардия;
4. частая стенокардия напряжения и покоя;
5. все вышеперечисленное.

Следующие суждения относительно безболевой ишемии миокарда верны, кроме:

1. наиболее часто выявляется у лиц с установленным диагнозом ИБС;
2. принципы лечения те же, что и типичной стенокардии;
3. прогноз тот же, что и при болевой форме ИБС;
4. основой диагноза являются изменения ЭКГ;
5. важна мониторная ЭКГ.

У больного с острым инфарктом миокарда (1-е сут) развился приступ сердцебиения, сопровождающийся резкой слабостью, падением артериального давления. На ЭКГ: зубец Р не определяется, QRS уширен (>0,12 с) и деформирован, число желудочковых сокращений – 150 в мин. Ваш диагноз:

1. пароксизм мерцания предсердий;
2. желудочковая пароксизмальная тахикардия;
3. трепетание предсердий;
4. синусовая тахикардия;
5. наджелудочковая пароксизмальная тахикардия.

Больной 48 лет, доставлен в клинику по поводу острого трансмурального переднеперегородочного инфаркта миокарда. Появились одышка, тахипноэ, снижение АД до 100/70 мм рт. ст., тахикардия до 120 в минуту. В нижних отделах легких появились влажные хрипы. В 3–4-м межреберье по левому краю грудины стал выслушиваться интенсивный систолический шум с ритмом галопа. Насыщение крови кислородом в правом желудочке увеличено. Наиболее вероятный диагноз:

1. разрыв наружной стенки желудочка;
2. эмболия легочной артерии;
3. разрыв межжелудочковой перегородки;
4. тромбоэндокардит;
5. эпистенокардический перикардит.

В каких отведениях ЭКГ выявляется инфаркт заднебоковой локализации:

1. AVL, V5–V6;
2. 2, 3 стандартные, AVF;
3. V1–V3;
4. 2, 3 стандартные, AVF, V5–V6;
5. V3–V6.

Больного 52 лет с острым передним инфарктом миокарда возник приступ удушья. При осмотре: диффузный цианоз, в легких большое количество влажных разнокалиберных хрипов. ЧСС – 100 уд./мин. АД – 120/100 мм рт. ст. Какое осложнение наиболее вероятно:

1. кардиогенный шок;
2. тромбоэмболия легочной артерии;
3. отек легких;
4. разрыв межжелудочковой перегородки;

5. ничего из перечисленного.

Какой признак не соответствует диагнозу: гипертоническая болезнь 1 ст. у больного 35 лет:

1. отсутствие изменений глазного дна;
2. клубочковая фильтрация 80 мл/мин;
3. зубец R в V5–V6 равен 32 мм;
4. быстрая нормализация АД;
5. уровень мочевой кислоты = 7 мг% (0,40 ммоль/л).

При каком заболевании наблюдается артериальная гипертензия пароксизмального типа:

1. альдостерома;
2. узелковый периартериит;
3. феохромоцитома;
4. синдром Иценко–Кушинга;
5. акромегалия.

Больная 52 лет жалуется на кратковременные боли в области сердца. Больна 2 нед. после ОРЗ. На ЭКГ – снижение сегмента ST на 1,5 мм и отрицательный зубец Т. СОЭ – 45 мм/ч. Предположительный диагноз:

1. климактерическая кардиомиопатия;
2. ИБС;
3. НЦД;
4. миокардит;
5. перикардит.

У 22-летнего мужчины с детства замечали систолический шум на основании сердца. АД – 150/100 мм рт. ст. Рентгенограмма грудной клетки: увеличение левого желудочка, неровные, зазубренные нижние края 5–7 ребер с обеих сторон. Снижение пульсации на ногах. Диагноз:

1. стеноз устья аорты;
2. дефект межпредсердной перегородки;
3. коарктация аорты;
4. дефект межжелудочковой перегородки;
5. открытый артериальный проток.

18-летний больной направлен для обследования военкоматом. Развивался нормально. Над основанием сердца определяется грубый систолический шум с эпицентром во 2-м межреберье у правого края грудины, проводится на сонные артерии. Второй тон над аортой ослаблен. Пульс – 64 в минуту, ритмичный. АД плечевой артерии – 95/75 мм рт. ст., на бедренной артерии АД – 110/90 мм рт. ст. Ваш диагноз:

1. стеноз устья аорты;
2. сочетанный порок сердца;
3. коарктация аорты;
4. дефект межжелудочковой перегородки;
5. открытый артериальный проток.

Пациент 19 лет направлен на обследование с предположительным диагнозом «митральный порок сердца». При осмотре был выявлен систолический шум на

верхушке сердца. Какой метод обследования наиболее информативен для подтверждения или исключения диагноза порока сердца:

1. ЭКГ;
2. эхокардиография;
3. рентгеноскопия грудной клетки;
4. исследование крови на титры антистрептококковых антител;
5. ни один из перечисленных методов.

У больной 46 лет, страдающей варикозным расширением вен нижних конечностей, внезапно развилась загрудинная боль, одышка смешанного характера. На ЭКГ регистрируются S в первом и Q в третьем стандартных отведениях и признаки блокады правой ножки пучка Гиса. Укажите заболевание, которое может обусловить приведенную выше клиническую картину:

1. острый инфаркт миокарда;
2. спонтанный пневмоторакс;
3. бронхиальная астма;
4. тромбоэмболия легочной артерии;
5. очаговая пневмония.

Если у больного имеются анемия, тромбоцитопения, бластоз в периферической крови, то следует думать:

1. об эритремии;
2. об апластической анемии;
3. об остром лейкозе;
4. о В12-дефицитной анемии.

Длительное кровохарканье при сухом кашле заставляет прежде всего подозревать:

1. рак бронха;
2. кавернозную форму туберкулеза легких;
3. бронхоэктатическую болезнь;
4. пневмокониоз;
5. хронический бронхит.

Пациент 40 лет, курильщик, жалуется на сухой кашель в течение многих месяцев. За последние 4 нед. похудел на 4 кг. Объективно: шея и лицо одутловаты, цианоз губ. Пульс – 102 уд./мин. АД – 165/95 мм рт. ст. Пальпируются плотные надключичные лимфоузлы слева. СОЭ – 70 мм/ч. Гемоглобин – 175 г/л. Лейкоциты – 9 тыс. Предположительный диагноз:

1. болезнь Кушинга;
2. рак легкого;
3. хроническая пневмония;
4. эхинококкоз легкого;
5. туберкулез легких.

Больная 50 лет. В детстве болела туберкулезом легких. Жалобы на слабость, утомляемость. В межлопаточной области слева укорочение перкуторного звука, дыхание ослаблено, при покашливании единичные мелкопузырчатые хрипы. Рентгенологически: слева под ключицей затемнение 2×3 см округлой формы, средней интенсивности, негомогенное, с участком просветления неправильной формы, расплывчатыми контурами и «дорожкой» к корню. Вокруг единичные очаговые тени разной интенсивности. Какой форме туберкулеза соответствуют эти клинико-рентгенологические данные?

1. первичный туберкулезный комплекс;
2. туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, осложненный ателектазом;
3. инфильтративный туберкулез легких;
4. туберкулема легких;
5. туберкулезный плеврит.

У больного 27 лет 3 дня тому назад внезапно появились озноб, сухой кашель, боли в правом боку, лихорадка до 38,9ºС. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании. Перкуторно от третьего межреберья спереди и середины межлопаточного пространства сзади – тупой звук, дыхание в этой области не проводится. Левая граница относительной сердечной тупости смещена на 1,5 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Какой диагноз соответствует этим данным?

1. очаговая пневмония в нижней доле справа;
2. крупозная пневмония справа;
3. обострение хронического бронхита;
4. правосторонний экссудативный плеврит;
5. правосторонний гидроторакс.

Следующие утверждения справедливы для бронхиальной астмы, кроме одного:

1. приступ купируется ингаляцией сальбутамола;
2. в мокроте могут быть найдены кристаллы Шарко – Лейдена;
3. наличие эмфиземы легких;
4. при затянувшемся приступе выслушиваются влажные хрипы;
5. болезнь развивается в любом возрасте.

У больного 35 лет в течение 2 нед. слабость, повышенная потливость, утомляемость, боли в правом боку при дыхании, температура тела 38ºС, дыхание – 28/мин, пульс – 100 уд./мин. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании. Голосовое дрожание справа внизу не проводится, там же интенсивное притупление. Дыхание над нижним отделом правого легкого ослаблено. Границы сердца смещены влево. Анализ крови: лейкоциты – 12 тыс./мл, п/я – 13%, лимфоциты – 13%, СОЭ – 38 мм/ч.
Предварительный диагноз:

1. инфильтративный туберкулез легких;
2. плевропневмония;
3. экссудативный плеврит;
4. ателектаз;
   спонтанный пневмоторакс.

Больная 50 лет, работала пескоструйщицей, инвалид 2-й группы. В течение 5 лет состоит на учете в противотуберкулезном диспансере. Беспокоят одышка, субфебрильная температура тела, кашель с мокротой, кровохарканье. Заболевание имеет волнообразное течение с нарастанием легочно-сердечной недостаточности. Какой процесс в легких можно заподозрить на основании анамнеза?

1. хронический диссеминированный туберкулез легких;
2. фиброзно-кавернозный туберкулез легких;
3. цирротический туберкулез легких;
4. Ссиликотуберкулез;
5. посттуберкулезный пневмосклероз.

При каком возбудителе острой пневмонии наиболее часто наблюдается деструкция легких?

1. пневмококке;

2. стрептококке;
3. стафилококке;
4. легионелле;
5. вирусе.

Укажите один из признаков, отличающих вирусную пневмонию от бактериальной:

1. инфильтративные изменения на рентгенограмме;
2. лейкоцитоз со сдвигом влево;
3. маловыраженные физикальные изменения;
4. пульс соответствует температуре тела;
5. кашель с гнойной мокротой.

Укажите один из приведенных признаков, отличающих туберкулезную каверну от абсцесса легкого:

1. полость с очагами диссеминации;
2. гладкостенная полость с уровнем жидкости;
3. кровохарканье;
4. признаки интоксикации;
5. увеличение СОЭ.

Какой из элементов мокроты с достоверностью свидетельствует о деструкции ткани легкого?

1. кристаллы Шарко – Лейдена;
2. лейкоциты;
3. эластические волокна;
4. спирали Куршмана;
5. эритроциты.

Очень быстрое повторное накопление жидкости в полости плевры – типичный признак:

1. хронической недостаточности кровообращения;
2. мезотелиомы плевры;
3. аденокарциномы бронха;
4. туберкулеза легких;
5. системной красной волчанки.

Какой из признаков не характерен для обострения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки:

1. боли натощак;
2. боли через 30 мин после еды;
3. боли через 2,5 ч после еды;
4. боли справа в эпигастрии;
5. изжога, кислая отрыжка.

Снижение секреторно-кислотообразующей функции желудка наблюдается при:

1. хроническом антрум-гастрите;
2. хроническом атрофическом гастрите;
3. хроническом гипертрофическом гастрите;
4. синдроме Золлингера – Эллисона;
5. всех указанных формах.

Синдром цитолиза выражен в наибольшей степени при:

1. наследственном сфероцитозе;
2. синдроме Жильбера;
3. хроническом активном гепатите;
4. желчнокаменной болезни;
5. циррозе печени.

Повышение уровня прямого и непрямого билирубина наблюдается при:
1. наследственном сфероцитозе;
2. синдроме Жильбера;
3. холедохолитиазе;
4. активном гепатите;
5. опухоли pancreas.

Наиболее характерным проявлением неспецифического язвенного колита является:
1. разлитая боль в животе;
2. жидкий стул;
3. частые кровянистые испражнения;
4. узловая эритема;
5. боли в суставах.

ХБП может быть диагностирована, если:
1. имеется персистирующая протеинурия в течение 2 месяцев;
2. СКФ 65 мл\мин;
3. удвоение правой почки выявлено при УЗИ;
4. во всех перечисленных случаях.

Уровень тропонина может быть повышен при СКФ:
1. < 90 мл/мин;
2. <60 мл/мин;
3. <30 мл/мин;
4. во всех перечисленных случаях.

Наиболее вероятной причиной слепоты у больного, длительно страдающего сахарным диабетом, является:
1. глаукома;
2. катаракта;
3. пролиферирующая ретинопатия;
4. атрофия зрительных нервов;
5. автономная нейропатия.

Под «относительным нейтрофилезом» понимают:
1. увеличение процентного содержания нейтрофилов при нормальном абсолютном их количестве;
2. увеличение процентного и абсолютного содержания нейтрофилов;
3. увеличение их абсолютного числа;
4. уменьшение процентного содержания нейтрофилов;
5. все ответы неправильные.

Повышение гематокритной величины наблюдается при:
1. эритроцитозах;
2. анемиях, эритроцитозах;
3. гипергидротации, анемиях, эритроцитозах;

4. все перечисленное неверно.

Для оценки функции почек должны быть использованы следующие показатели:
1. уровень креатинина;
2. СКФ;
3. уровень альбуминурии;
4. все перечисленные одновременно.

Расчетные методы оценки СКФ неприемлемы при:
1. беременности;
2. печеночной недостаточности ;
3. при ожирении;
4. в детском возрасте.

Способствуют повышению уровня креатинина:
1. ранитидин;
2. цимитидин;
3. омепразол;
4. рабепразол.

Источником ошибок при определении СОЭ могут служить:
1. неправильное соотношение между цитратом натрия и кровью;
2. образование сгустка, неправильное соотношение между цитратом натрия и кровью;
3. наклонное положение капилляров в штативе, образование сгустка, неправильное соотношение между цитратом натрия и кровью;
4. несоблюдение температурного режима, наклонное положение капилляров в штативе, образование сгустка, неправильное соотношение между цитратом натрия и кровью.

Для отравления клофелином характерно:
1. брадикардия, гипотония, рвота, возбуждение;
2. брадикардия, гипотония, сонливость;
3. тахикардия, нормотония (или гипотония), рвота;
4. тахикардия, рвота, возбуждение;
5. гипертензия, возбуждение.

При пневмонии делирий чаще развивается:
1. у стариков;
2. у детей;
3. у алкоголиков;
4. при высокой лихорадке.

Характерными клиническими проявлениями тиреотоксикоза являются:
1. снижение массы тела;
2. повышенная раздражительность;
3. сонливость;
4. запоры;
5. стойкая тахикардия.

Сочетание болей в грудной клетке с набуханием шейных вен характерно для всего перечисленного, кроме:
1. ТЭЛА;

2. разрыва межжелудочковой перегородки;
3. гемотампонады сердца;
4. инфаркта правого желудочка;
5. расслаивающей аневризмы аорты..

Показанием для применения пасты является:
1. острое воспаление с мокнутием;
2. острое воспалание без мокнутия;
3. подострое воспаление;
4. подострое воспаление в сочетании с сухостью;
5. хроническое воспаление.

Показанием для применения крема является:
1. острое воспаление с мокнутием;
2. острое воспалание без мокнутия;
3. подострое воспаление;
4. подострое воспаление в сочетании с сухостью;
5. хроническое воспаление.

Показанием для применения мази является:
1. острое воспаление с мокнутием;
2. острое воспалание без мокнутия;
3. подострое воспаление;
4. подострое воспаление в сочетании с сухостью;
5. хроническое воспаление.

Показанием для применения присыпки является:
1. острое воспаление с мокнутием;
2. острое воспалание без мокнутия;
3. подострое воспаление;
4. подострое воспаление в сочетании с сухостью;
5. хроническое воспаление.

Основным методом лечения катаракты является:
а) консервативное лечение;
б) оперативное лечение;
в) лечения не требуется.

При двусторонней катаракте операции подлежит:
а) лучше видящий глаз;
б) хуже видящий глаз;
в) лучше оперировать оба глаза одновременно

Первая помощь при химических ожогах глаз включает:
а) обильное промывание;
б) назначение местных анестетиков;
в) применение антибиотиков;
г)закладывание мази;

д) всё перечисленное.
При проникающем ранении глазного яблока антибиотики назначаются:
а) в случаях клинически определяемого инфекционного поражения;

б) во всех случаях;
в) только при внедрении внутриглазных осколков.

Какое положение верно? Пункцию гайморовой пазухи в основном производят
а). в нижнем носовом ходе
б). через альвеолу
в). в fossa canina
г). в среднем носовом ходе
д). в верхнем носовом ходе

Лечение фурункулов носа состоит в
а). назначении антибиотиков
б). применении носовых капель
в). вскрытии фурункула
г). влажных повязках
д). челюстном столе для обеспечения покоя верхней губе

При экстренной коникотомии рассекается:
а). Перстне-трахеальная связка
б). Кольцевидная связка
в). Перстне-щитовидная связка
г). Эластический конус

Пункцию верхнечелюстной пазухи делают через:
а). верхний носовой ход
б). средний носовой ход
в). нижний носовой ход
г). переднюю стенку
д). естественное отверстие

Патогенетическое лечение диабетической полиневропатии включает:
1. ноотропы;
2. антидепрессанты;
3. коррекцию гипергликемии.

Лечение аневризматического кровоизлияния включает:
1. назначение антикоагулянтов;
2. назначение антиагрегантов;
3. клипирование аневризмы;
4. назначение ноотропных препаратов.

Консервативное ведение больного с ишемическим инсультом включает:
1. коррекцию водно-электролитного баланса;
2. длительную неподвижность пациента;
3. ограничение внутривенных инъекций.

Тромболитическая терапия при ишемическом инсульте выполняется только после выполнения:
1. ЭКГ;
2. общего анализа крови;
3. выполнения КТ головного мозга

У ребенка 2-х лет отмечен подъем температуры до 39ºС, головная боль. В анамнезе фебрильные судороги. Безопасным и эффективным жаропонижающим препаратом является:

1. анальгин;
2. ацетилсалициловая кислота;
3. вольтарен;
4. ибупрофен.

В терапии кашля у детей раннего возраста используются:

1. противокашлевые препараты центрального действия
2. муколитики
3. отхаркивающие препараты
4. физиологический раствор
5. противокашлевые препараты периферического действия

Профилактические прививки детям из групп риска по развитию патологии со стороны ЦНС:

а) противопоказаны
б) проводятся по индивидуальному календарю
в) проводятся по традиционному календарю проф. прививок

Можно ли провести плановую прививку против эпидемического паротита ребёнку 2 лет, если в ясельной группе, которую он посещал, карантин по кори (ребёнок переболел корью в возрасте 1 год):

а) да
б) нет

Начальный уровень гемоглобина у беременной, при котором необходимо начать терапевтическое лечение анемии составляет:

1. менее 120 г/л;
2. менее 110 г/л;
3. менее 100 г/л;
4. менее 90 г/л;
5. менее 80 г/л.

При беременности больные сахарным диабетом могут получать

1. диетотерапию с ограничением углеводов и исключением легкоусвояемых углеводов
2. инсулинотерапию
3. пероральные сахароснижающие препараты группы сульфанилмочевины
4. бигуаниды
5. диетотерапию с ограничением белков

Клинический анализ крови у беременных должен производиться:

1. 2 раза в месяц;
2. 1 раз в месяц;
3. не менее 3 раз в течение беременности;
4. 2 раза в триместр;
5. 1 раз в 2 месяца.

Общий анализ мочи у беременных должен производиться:

1. 2 раза в триместр;

2. 1 раз в месяц;
3. 2 раза в месяц;
4. 1 раз в неделю;

Вид повязки при растяжении связок в голеностопном суставе
1- спиральная
2- восьмиобразная
3- колосовидная
4- черепашья

Крестообразную повязку применяют при повреждении
1- плечевогосустава
2- коленного сустава
3- лучезапястного сустава
4- III палеца кисти

При оказании помощи пострадавшему с травмой ключицы целесообразно использовать
1- шину Крамера
2-повязку Дезо
3-гипсовую лонгету
4- колосовидную повязку

При переломе нижней челюсти необходима повязка
1- возвращающаяся
2- пращевидная
3- восьмиобразная
4- крестообразная

При проведении взрослым наружного массажа сердца ладони следует расположить:
1. на верхней трети грудины;
2. на границе верхней и средней трети грудины;
3. в центре грудной клетки между сосками;
4. над мечевидным отростком грудины;
5. в пятом межреберном промежутке слева.

Основной способ поддержания проходимости дыхательных путей без воздуховода:
1. тройной прием Сафара;
2. запрокидывание головы.

Перед началом сердечно-легочной реанимации больному следует придать положение:
1. горизонтальное, на спине с твердой основой;
2. на спине с приподнятым головным концом (положение по Фовлеру);
3. на спине с опущенным головным концом (положение по Тренделенбургу);
4. Лежа на спине с повернутой головой в сторону реаниматолога;
5. расположение больного значения не имеет. Реанимационные мероприятия должны оказываться без малейшего промедления.

Какие действия необходимо выполнить для восстановления проходимости дыхательных путей любому пациенту при проведении СЛР?
1. запрокидывание головы, выдвижение нижней челюсти и санация ротоглотки;

2. коникотомия;
3. прием Хаймлека;
4. придать телу пациента положение с возвышенным головным концом;
5. трахеостомия.

Препараты для лечения макроцитарных анемий:
1. Цианокобаламин
2. Тиамин
3. Фолиевая кислота
4. Триметоприм
5. Препараты железа

Рекомендуемые суточные дозы препаратов железа для лечения ЖДА у взрослых пациентов:
1. 50 – 100 мг
2. 100 – 300 мг
3. 300 – 400 мг
4. 400 – 600 мг
5. более 600 мг

Показания к внутривенному введению препаратов железа:
1. Миома матки
2. Резекция желудка, тонкой кишки
3. Синдром мальабсорбции
4. Необходимость быстрого повышения уровня гемоглобина
5. Дисфагия

Причина снижения эффективности пероральных препаратов железа у лиц пожилого возраста
1) увеличение всасывания
2) уменьшение всасывания
3) ускоренная эвакуация
4) повышение кислотности желудочного сока

Критерием отмены статинов являются:
1. достижение целевого уровня холестерина;
2. увеличение АлАТ в 2 раза;
3. увеличение печеночных трансаминаз более 3–кратного уровня;
4. увеличение креатинфосфокиназы в 1,5 раза;
5. увеличение креатинфосфокиназы в 10 раз.

При наличии артериальной гипертензии и ХПБ препарат выбора:
1. бета-блокатор;
2. ингибитор АПФ;
3. мочегонное;
4. антагонист кальция.

При ХБП 3б стадии из диуретиков предпочтительнее:
1. тиазидовые;
2. осмотические;
3. петлевые;
4. калийсберегающие.

При назначении ингибиторов АПФ пациенту с ХБП и СН доза препарата может быть увеличена:

1. через 1 месяц от начала терапии;
2. через 2 недели от начала терапии;
3. только после контроля СКФ;
4. при отсутствии протеинурии.

Лечение пневмонии в поликлинических условиях у лиц молодого возраста следует начинать:

1. с оральных цефалоспоринов II поколения;
2. с гентамицина;
3. с фторхинолонов;
4. с полусинтетических пенициллинов;
5. с макролидов нового поколения.

При ОРВИ с высокой температурой показано применение:

1. эритромицина;
2. ампициллина;
3. бисептола;
4. аспирина;
5. ни одного из указанных препаратов.

Наиболее подходящим диуретиком из перечисленных для лечения начинающегося кардиогенного отёка лёгких является:

1. фуросемид;
2. маннитол;
3. мочевина;
4. гипотиазид;
5. верошпирон.

Какой уровень гликируемого гемоглобина говорит о компенсированном СД?

1. 4-6%;
2. 7-8%;
3. меньше или равно 6,5%.

Какая стартовая доза В-адреноблокаторов используется у пожилых пациентов при ХСН?

1. 1/4;
2. 1/12;
3. 1/8.

Определите показания для госпитализации больных с анемией в стационар :

1. анемия легкого течения;
2. анемия средней степени тяжести;
3. анемия тяжелого течения.

Назначение венозных вазодилататоров при застойной сердечной недостаточности наиболее эффективно уменьшает:

1. слабость;
2. одышку;
3. периферические отёки;
4. увеличение печени;
5. тахикардию.

Эффект дигоксина при застойной сердечной недостаточности главным образом связан:

1. с увеличением диуреза;
2. с уменьшение венозного возврата к сердцу;
3. с учащением ЧСС;
4. со снижением постнагрузки;
5. С положительным инотропным действием.

Показание (показания) для назначения в-блокаторов при СН:

1. дилатационная кардиомиопатия;
2. постинфарктный кардиосклероз;
3. АГ;
4. всё перечисленное.

Какие препараты не используются для лечения ХСН:

1. диуретики;
2. ингибиторы АПФ;
3. сердечные гликозиды;
4. антагонисты альдостерона;
5. ганглиоблокаторы;
6. в-блокаторы.

К базисным средствам в лечении ХСН относят все, кроме:

1. ингибиторов АПФ;
2. диуретиков;
3. сердечных гликозидов;
4. недигидропиридиновых блокаторов медленных кальциевых каналов.

Прекращение приступа тахикардии после применения вагусных приемов чаще всего отмечается при:

1. мерцательной аритмии;
2. предсердной тахикардии;
3. реципрокных АВ-тахикардиях;
4. желудочковой тахикардии;
5. наблюдается примерно с одинаковой частотой при всех перечисленных вариантах тахиаритмий.

Больной 30 лет, страдающий сахарным диабетом I типа, обнаружен в коматозном состоянии через 3 часа после введения инсулина. Какое мероприятие необходимо выполнить в первую очередь:

1. снять ЭКГ;
2. ввести 5%-ный раствор глюкозы;
3. ввести инсулин (10-20 ЕД);
4. исследовать уровень креатинина, электролитов и глюкозы в крови;
5. ввести 20 мл 40%-ного раствора глюкозы.

На какое время, при необходимости, можно остановить ЗМС:

1. 10 сек;
2. 15 сек;
3. 30 сек;
4. 1 мин.

Оптимальной методикой выведения из гипогликемической комы является введение:

1. внутривенно струйно 40% глюкозы;
2. внутривенно капельно 40% глюкозы;
3. внутривенно капельно 5% глюкозы;
4. внутривенно 40% глюкозы + 6-8 ЕД инсулина;
5. внутривенно струйно 5% глюкозы.

Больной с гипогликемическим состоянием пришел в сознание. Ваши действия:

1. предложить больному поесть;
2. ввести 40% глюкозу;
3. ввести инсулин короткого действия, затем предложить больному поесть;
4. ввести поляризующую смесь;
5. все перечисленное неверно.

Выбор суточных доз лекарственных средств в пожилом возрасте определяет:

1. скорость клубочковой фильтрации;
2. протеинурия;
3. лейкоцитурия;
4. гематурия;
5. уровень мочевины плазмы крови.

В пожилом возрасте характерно увеличение периода полувыведения для:

1. сердечных гликозидов;
2. бета-адреноблокаторов;
3. диуретиков;
4. все перечисленное верно;
5. нет правильного ответа.

В пожилом возрасте характерно увеличение периода полувыведения для:

1. пенициллинов;
2. цефалоспоринов;
3. макролидов;
4. все перечисленное верно;
5. нет правильного ответа.

Выберите препарат для купирования острой крапивницы

1. Пенициллин
2. 0,9% раствор хлорида натрия
3. Хлоропирамин
4. Диклофенак
5. Тиосульфат натрия

Препарат первой линии для купирования анафилактического шока

1. Атропин
2. Адреналин
3. Добутамин
4. Цетиризин
5. Преднизолон

Лечение антибиотиками пневмонии следует прекратить:

а) через 1 неделю после начала лечения;

б) через 2 дня после нормализации температуры тела;
в) после исчезновения хрипов в легких;
г) после устранения клинических и рентгенологических признаков заболевания;
д) после нормализации СОЭ

К антикоагулянтам прямого действия относится:

а) варфарин, фенилин
б) гепарины
в) свежезамороженная плазма
г) тиклид
д) аминокапроновая кислота

К антикоагулянтам непрямого действия относятся:

а) варфарин
б) гепарин
в) свежезамороженная плазма
г) клопидогрель
д) аминокапроновая кислота

В лечении ДВС-синдрома используются: 1.аминокапроновая кислота и варфарин/фенилин; 2.свежезамороженная плазма; 3.стрептокиназа; 4.гепарин.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3
б) если правильны ответы 1 и 3
в) если правильны ответы 2 и 4
г) если правильный ответ 4
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

Потребность в вводимом инсулине на первом году заболевания сахарным диабетом составляет:

а) 0,3 ЕД на 1 кг массы тела в сутки;
б) 0,4 ЕД на 1 кг массы тела в сутки;
в) 0,5 ЕД на 1 кг массы тела в сутки;
г) индивидуальная в зависимости от степени инсулиновой недостаточности;
д) 0,6 ЕД на 1 кг массы тела в сутки.

Применение сульфанилмочевинных препаратов у больных сахарным диабетом показано при: 1. диабетической ретинопатии I стадии; 2. диабетической нефропатии III стадии; 3. перенесенном гепатите; 4. сахарном диабете 2 типа.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

В терапии диффузного токсического зоба могут использоваться: 1. b-адреноблокаторы; 2. глюкокортикоиды; 3. мерказолил; 4. верошпирон.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Особенности фармакотерапии в пожилом возрасте:

1. лечение начинают с максимальных суточных доз с постепенным снижением;
2. лечение начинают с низких доз с постепенным увеличением;
3. подбирается индивидуальный режим дозирования;
4. лечение только низкими дозами;
5. лечение только высокими дозами.

Основная цель лечения артериальной гипертонии в пожилом возрасте:

1. улучшение прогноза;
2. уменьшение расходов на лечение;
3. уменьшение симптомов болезни;
4. повышение толерантности к физической нагрузке;
5. улучшение настроения.

Имплантация кардиостимулятора пожилым больным показана:

1. всем больным с ЭКГ-признаками синдрома слабости синусового узла;
2. только больным с клиническими проявлениями синдрома слабости синусового узла (обмороки и/или головокружения);
3. больным с синоатриальной блокадой II степени;
4. больным с атриовентрикулярной блокадой II степени;
5. больным с постоянной формой фибрилляции предсердий.

Какие из перечисленных препаратов являются препаратами первой линии терапии раннего ревматоидного артрита:

А Кортикостероиды
Б Препараты золота
В Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)
Г Цитостатики
Д Делагил

При острых и подострых формах «легкого фермера» наиболее эффективны,

1) Нестероидные противовоспалительные препараты
2) Кортикостероидные препараты
3) Препараты содержащие бром
4) Психотропные препараты

Первым средством выбора для уменьшения болевого синдрома при остром перикардите являются:

а) нитраты;
б) папаверин или нош-па;
в) нестероидные противовоспалительные препараты;
г) стероидные препараты;
д) наркотические анальгетики.

Наиболее эффективными препаратами, предотвращающими приступы вазоспастической стенокардии, являются:

а) нитраты;
б) антагонисты кальция;
в) бета-блокаторы;
г) блокаторы If-каналов синусового узла;
д) триметазидин.

. К препаратам, при назначении которых постинфарктным больным отмечено достоверное снижение общей смертности, уменьшение частоты внезапной смерти и частоты возникновения повторного инфаркта миокарда, относятся:

а) дипиридамол;
б) верапамил;
в) бета-блокаторы с внутренней симпатомиметической активностью;
г) бета-блокаторы без внутренней симпатомиметической активности;
д) антиаритмические препараты.

Основными препаратами, применяемыми при лечении гипертрофической кардиомиопатии являются:

а) сердечные гликозиды;
б) бета-блокаторы;
в) периферические вазодилататоры;
г) сердечные гликозиды и нитраты;
д) сердечные гликозиды и диуретики.

Самым эффективным препаратом для предупреждения повторных приступов мерцательной аритмии является:

а) хинидин;
б) новокаинамид;
в) кордарон;
г) анаприлин;
д) финоптин.

.У больных ИБС с синдромом слабости синусового узла следует избегать назначения:

а) нитратов;
б) молсидомина;
в) бета-блокаторов и верапамила;
г) коринфара;
д) фуросемида.

Синдром отмены бета-блокаторов у больных ИБС может проявляться:1. учащением приступов стенокардии; 2. появлением приступов стенокардии в покое; 3. снижением толерантности к физической нагрузке; 4. развитием инфаркта миокарда.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Заболеваниями, наиболее затрудняющими проведение спасательных работ в зоне ЧС являются:

1. простудные заболевания;
2. особо опасные инфекции;
3. сердечно- сосудистые заболевания;
4. заболевания кожи и подкожной клетчатки.

Эвакуация населения при чрезвычайных ситуациях осуществляется по

1. показателям общего состояния пострадавших;
2. эвакуационно-сортировочным признакам;
3. возрастным показателям;
4. наличию транспортных средств.

Этап медицинской эвакуации означает:

1. участок от места ранения до ближайшего лечебного учреждения
2. все учебные учреждения, расположенные вблизи очага катастрофы
3. участок пути между лечебными учреждениями, в которых оказывается медицинская помощь пострадавшим
4. лечебные учреждения, развернутые и работающие на путях эвакуации

Основным принципом в оказании медицинской помощи в очаге чрезвычайной ситуации является:

1. преемственность
2. непрерывность
3. своевременность и полнота первой медицинской помощи
4. последовательность

Укажите антидоты при отравлении оксидом углерода:

противодымная смесь, унитиол;
атропина сульфат, карбоксим;
преднизолон, аскорбиновая кислота;
амилнитрит, метиленовый синий;
ацизол, кислород;
отсутствуют.

Основным принципом в оказании медицинской помощи в очаге чрезвычайной ситуации является:

1. преемственность
2. непрерывность
3. своевременность и полнота первой медицинской помощи
4. последовательность

Какие специальные формирования здравоохранения являются неотъемлемой составной частью современной системы этапного лечения?

1. органы управления специальными формированиями;
2. тыловые госпитали здравоохранения;
3. обсервационные пункты.

Комплектование органов управления специальных формирований здравоохранения производится:

1.в военное время;
2.в мирное время;
3.в период, предшествующий военному положению

Приказ МЗ РФ №1705н: медицинская реабилитация осуществляется :

В 2 этапа
В 3 этапа
В 5 этапов

Медицинская реабилитация осуществляется в сроки

До 5 лет от развития заболевания

До 10 лет от развития заболевания
До 20 лет от развития заболевания
Вне зависимости от сроков заболевания

Медицинская реабилитация осуществляется в форме:

Амбулаторной
Стационарной
Выездной
Все утверждения верны
Нет верных утверждений

Медицинская реабилитация может проводиться в:

Палате
На дому
В процедурном кабинете
В кабинете ЛФК

Индивидуальную программу реабилитации пациента составляют:

а) врачи-терапевты;
б) врачи-хирурги;
в) врачи-реабилитологи;
г) все вышеперечисленные.

Что является наиболее объективной оценкой эффективности реабилитации?

экономическая оценка преодоления ущерба от нетрудоспособности
самооценка пациента
комплексная оценка с включением критериев качества жизни
этапная оценка нозоспецифических критериев
оценка отдаленных результатов

Что не является противопоказанием для назначения ЛФК при заболеваниях желудка?

а) выраженный болевой синдром
б) многократная рвота
в) возможность кровотечения
г) подострая стадия заболевания

Какие этапы реабилитационного лечения применяются при гастроэнтерологических заболеваниях?

1) стационарный
2) амбулаторный
3) санаторный
4) все верно
5) все неверно

При мотивировании пожилого пациента для выполнения врачебных рекомендаций и/или укрепления своего здоровья оптимальным является тип мотивации

1. Консервативный
2. Творческий

Для усиления эффекта мотивирования пациента для выполнения врачебных рекомендаций и/или укрепления своего здоровья оптимальным является тип поощрения (похвалы)

1. При каждом визите к врачу
2. Спонтанный. непредсказуемый

При формировании мотивации пациента, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья, необходимо учитывать факторы:

1. **Генотипические**
2. **Психологически**
3. **Социальные**
4. **семейно-бытовой статус**
5. **уровень культуры**
6. все перечисленные

При формировании мотивации пациента, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья, необходимо использовать принципы:

1. **Принцип ответственности за свое здоровье**
2. **Принцип комплексности**
3. **Принцип индивидуализации** .
4. **Принцип умеренности**
5. **Принцип рационального чередования нагрузки и отдыха**.
6. **Принцип рациональной организации жизнедеятельности**.
7. **Принцип «сегодня и всю жизнь**
8. все перечисленные

При формировании мотивации пациента, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья, могут быть использованы:

1. Мотивация самосохранения
2. Мотивация подчинения этнокультурным требованиям.
3. Мотивация получения удовольствия от здоровья.
4. Мотивация возможности самосовершенствования.
5. Мотивация возможности маневрировать.
6. Мотивация достижения максимально возможной комфортности
7. Все перечисленные

К мерам первичной профилактики ишемического инсульта относятся:

1. ограничение физической нагрузки;
2. коррекция повышенного артериального давления;
3. назначение препаратов ноотропного ряда.

Санитарно-гигиеническая работа по профилактике табакокурения должна быть адресована: а. к детям и подросткам; б.к лицам, пробующим табак; в. к недавно курящим; г. к давно курящим.

1. если правильны ответы а, б и в;
2. если правильны ответы а и в;
3. если правильны ответы б и г;
4. если правильный ответ г;
5. если правильны ответы а, б, в и г.

Ожирение является фактором риска для: а. сахарного диабета; б. атеросклероза; в. желчно-каменной болезни; г. почечно-каменной болезни.

1. если правильны ответы а, б и в;
2. если правильны ответы а и в;
3. если правильны ответы б и г;
4. если правильный ответ г;
5. если правильны ответы а, б, в и г

Виды медицинской помощи, которые не предоставляются бесплатно в рамках программы государственных гарантий:

1. скорая медицинская помощь;
2. первичная медико-санитарная помощь;
3. медико-психологическая помощь;
4. специализированная медицинская помощь;
5. все предоставляются бесплатно.

Как часто гражданин РФ имеет право на смену медицинского учреждения или лечащего врача:

1. ежемесячно;
2. 1 раз в полгода;
3. 1 раз в год**;**
4. у гражданина РФ нет такого права;
5. ежеквартально.

Что является основанием для осмотра на дому пациента врачами «узких» специальностей по назначению лечащего врача:

1. желание пациента;
2. невозможность посетить медицинское учреждение по состоянию здоровья;
3. плановый диспансерный осмотр;
4. желание родственников;
5. нет оснований.

При оказании медико-социальной помощи пациент имеет право:

1. на сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении;
2. на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
3. на отказ от медицинского вмешательства;
4. на допуск к нему адвоката или иного законного представителя, допуск к нему священнослужителя;
5. все вышеперечисленное.

Врач имеет право на страхование профессиональной ошибки в случае если:

1. в результате ошибки причинен вред или ущерб здоровью гражданина, связанный с небрежным выполнением врачом своих профессиональных обязанностей;
2. в результате ошибки причинен вред или ущерб здоровью гражданина, связанный с халатным выполнением профессиональных обязанностей;
3. в результате ошибки наступил летальный исход больного;
4. ошибки не связаны с халатным или небрежным выполнением врачом своих профессиональных обязанностей;

5. врач не имеет такого права.

Что составляет предмет врачебной тайны?

1. сведения о юридическом адресе ЛПУ;
2. сведения о квалификации лечащего врача;
3. информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья пациента, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении;
4. все вышеперечисленное;
5. ничего из вышеперечисленного.

При каких обстоятельствах допускается предоставление сведений составляющих врачебную тайну, без согласия пациента или законного представителя:

1. в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;
2. при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
3. по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;
4. при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий;
5. все вышеперечисленное.

Кто несет ответственность за вред, причиненный здоровью пациента при оказании медицинской помощи?

1. медицинский работник;
2. медицинское учреждение;
3. региональные органы управления здравоохранения;
4. федеральные органы управления здравоохранения;
5. все вышеперечисленное.

Какие основные технологии снижения субъективизма экспертных заключений существуют при контроле совокупности страховых случаев?

1. применение статистических методов обработки при анализе;
2. внедрение стандартизации экспертных мнений;
3. увеличение объема выборки и проведение экспертиз;
4. все перечисленные.

Перечислите показатели заболеваемости социально значимых болезней, которые характеризуют качество и доступность медицинской помощи по программе государственных гарантий:

1. онкозаболевания, туберкулез, ВИЧ-инфекция, сахарный диабет, сифилис;
2. туберкулез, ВИЧ-инфекция, гонорея, артериальная гипертензия;
3. наркомания, токсикомания, психические расстройства, ВИЧ-инфекция;
4. артериальная гипертония,ишемическая болезнь сердца;
5. описторхоз, лямблиоз, токсокарроз.

Выберите правильное определение показателя «онкозапущенности»:

1. доля больных с IV стадией всех и с III стадией визуальных локализаций злокачественных новообразований в общем числе онкологических больных с впервые в жизни установленным диагнозом;
2. процентное отношение умерших на первом году с момента установления диагноза злокачественного новообразования;
3. процентное отношение умерших к состоящим на учете;
4. доля больных с I-II стадиями злокачественных новообразований;

доля больных с III-IV стадиями злокачественных новообразований.

Показателями, характеризующими деятельности поликлиники, являются:

1) участковость,
2) охват диспансерным наблюдением,
3) снятие с диспансерного учета,
4) летальность на участке,
5) сведения о заключительных диагнозах из статистических отчетов

а) если верно 1, 2, 3
б) если верно 2, 3 и 4
в) если верно 1, 3 и 4
г) если верно 3, 4 и 5
д) если верно все

Для суждения о качестве медицинской помощи в стационаре используется:

1. метод экспертных оценок
2. данные о расхождениях диагнозов поликлиники и стационара
3. данные о соответствии фактически достигнутого результата лечения результату, предусмотренному стандартом
4. верно а и с
5. верных ответов нет

Медико-экономический стандарт ведения больного определяет:

a. объем и последовательность выполнения лечебно-диагностических мероприятий
b. гарантированный объем и качество лечебно-диагностических мероприятий
c. гарантированный объем и качество лечебно-диагностических мероприятий и затраты на их выполнение
d. верно только b
e. верных ответов нет

Наиболее информативным методом оценки качества и эффективности работы ЛПУ является:

1. метод анализа статистических показателей деятельности учреждения
2. метод экспертных оценок
3. социологический метод
4. аналитический метод
5. верных ответов нет

При экспертной оценке качества деятельности врача общей практики анализируются:

1. каждый случай смерти на дому
2. каждый случай первичного выхода на инвалидность
3. каждый случай расхождения диагноза поликлиники и стационара
4. каждый третий случай

5. верных ответов нет

Основные задачи службы экстренной медицинской помощи в ЧС:

1. сохранение здоровья населения, своевременное и эффективное оказание всех видов медицинской помощи с целью спасения жизни пораженных, снижение инвалидности и неоправданных безвозвратных потерь, снижение психоневрологического и эмоционального воздействия катастроф на население, обеспечение санитарного благополучия в районе ЧС. проведение судебно-медицинской экспертизы и др..
2. подготовка медицинских кадров, создание органов управления, медицинских формирований, учреждений, поддержание их в постоянной готовности, материально-техническое обеспечение.
3. сохранение здоровья личного состава медицинских формирований, планирование развития сил и средств медицины катастроф в системе здравоохранения и поддержание их в постоянной готовности к работе в зонах катастроф.
4. сохранение здоровья личного состава медицинских формирований, проведение судебно- медицинской экспертизы, обеспечение санитарного благополучия в районе ЧС.создание запасов медицинского имущества.
5. подготовка медицинских кадров, формирований и организаций, проведение медицинских и других видов разведки в районах ЧС природного и техногенного характера.

Основные формирования и организации службы экстренной медицинской помощи:

1. врачебно-сестринские бригады, бригады скорой медицинской помощи, спасательные отряды, центральные районные больницы.центр экстренной медицинской помощи, территориальные лечебные организации.
2. медицинские отряды, бригады доврачебной помощи, головная больница, бригады скорой медицинской помощи, санэпидотряд.
3. специализированные медицинские бригады постоянной готовности, оперативные группы управления, автономные выездные медицинские госпитали.
4. учреждения и формирования службы ГО, специализированные врачебные бригады, врачебные бригады скорой медицинской помощи.
5. бригады экстренной медицинской помощи, медицинские отряды, бригады экстренной специализированной медицинской помощи, специализированные медицинские бригады постоянной готовности, оперативные группы управления, специализированные противоэпидемические бригады, автономные выездные медицинские госпитали и др.

Бригады специализированной медицинской помощи (БСМП), их предназначение:

1. оказание квалифицированной и специализированной медицинской помощи в ЧС и для усиления ЛПО, работающих в очаге поражения.
2. оказание специализированной медицинской помощи в ЧС и для усиления ЛПО, работающих в условиях массового поступления пораженных.

3. оказание всех видов медицинской помощи в ЧС и для усиления ЛПО, работающих в очаге и за пределами очага поражения.
4. оказание врачебной помощи (доврачебной, врачебной) в очаге поражения.
5. оказание квалифицированной медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации.

Базы для создания бригад специализированной медицинской помощи (БСМП):

1. республиканские, областные, городские, многопрофильные и специализированные больницы, ЦРБ, БСМП, клиники Медицинских вузов, НИИ, Научные центры.
2. все ЛПО.
3. республиканские, областные, городские ЛПО, НИИ, Научные центры.
4. областные, городские, многопрофильные больницы.
5. республиканские, городские, областные диагностические центры.

Основные мероприятия, осуществляемые службой экстренной медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях:

1. медицинская разведка, оказание медицинской помощи поражённым их эвакуация, подготовка и поддержание высокой степени готовности сил и средств, службы и их ввод в район катастрофы, анализ оперативной информации, пополнение, учет, контроль и освежение запасов медицинского имущества и средств защиты.
2. проведение мероприятий по защите объектов экономики, строительство защитных сооружений, рассредоточение и эвакуация населения, организация разведки, составление планов и отчётов по вопросам организации медицинской помощи в ЧС,
3. создание систем связи и управления, организация наблюдения за внешней средой, использование защитных сооружений и подготовка безопасной зоны, разработка планов, приведение в полную готовность всей службы МК.
4. оказание медицинской помощи, эвакуация пораженных, проведение мероприятий по защите объектов экономики, обучение населения методам оказания первой медицинской помощи.
5. приведение в полную готовность всей службы медицины катастроф, оказание медицинской помощи пораженным, строительство защитных сооружений, организация эвакуации поражённого населения.

Предназначение отряда первой врачебной помощи (ОПВП):

1. оказание квалифицированной медицинской помощи па первом этапе медицинской эвакуации.
2. организация первой медицинской и доврачебной помощи на первом этапе медицинской эвакуации.
3. подвижное формирование, предназначенное для оказания доврачебной помощи и организация эвакуации поражённого населения.
4. оказание специализированной и доврачебной помощи в сохранившихся ЛПО.
5. формирование МСГО, предназначенное для оказания первой врачебной помощи в очагах ЧС.

Основные способы защиты населения в очагах ЧС:

1. использование защитных сооружений, рассредоточение и эвакуация, использование средств индивидуальной защиты, в том числе медицинской.
2. эвакуация населения из городов, оказание медицинской помощи и лечение, укрытие населения в убежищах.
3. оповещение населения об угрозе возникновения ЧС, укрытие в защитных сооружениях, использование противогазов.
4. обеспечение населения средствами защиты кожи, использование противорадиационных укрытий,
5. эвакуация населения в безопасную зону.