

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«ВОРОНЕЖСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ИМЕНИ Н.Н. БУРДЕНКО»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**УТВЕРЖДАЮ**

декан медико –профилактического факультета



д.м.н., проф. Механ'tseва Л.Е.

«14 » февраля 2017 г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА  
ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ**

**Клиническая**

**(помощник врача лечебно-профилактического учреждения)**

для специальности	32.05.01–Медико-профилактическое дело
форма обучения	очная
факультет	медико-профилактический
кафедра	факультетской терапии
кафедра	факультетской хирургии
кафедра акушерства и гинекологии	№2
курс	4
семестр	8
аттестация	зачет с оценкой <u>8</u> (семестр)
Трудоемкость практики	<u>216</u> (час.)/ <u>6</u> (зач. ед.)
Продолжительность практики	<u>4/(24)</u> недель\учебных дней

Программа производственной практики составлена согласно требованиям ФГОС ВО в соответствии с профессиональным стандартом "Специалист в области медико-профилактического дела" (утвержден приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 25.06.2015 г. №399н)

Составители:

доцент кафедры факультетской терапии, к.м.н. Дробышева Е. С.

ассистент кафедры факультетской терапии, Феськова А. А.

Зав. кафедрой факультетской хирургии, профессор, д.м.н. Чередников Е. Ф.,

доцент кафедры факультетской хирургии, к.м.н. Полубкова Г. В.,

ассистент кафедры факультетской хирургии, к.м.н. Деряева О. Г.

Зав. кафедрой акушерства и гинекологии №2, профессор, д.м.н. Бычков В.И.,

ассистент кафедры акушерства и гинекологии, к.м.н. №2 Киселева Е.В.

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры факультетской терапии  
«» \_\_\_\_\_ 2017 года, протокол № \_\_\_\_\_

Заведующий кафедрой проф. Будневский А.В. \_\_\_\_\_  
(подпись)

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры факультетской хирургии  
«» \_\_\_\_\_ 2017 года, протокол № \_\_\_\_\_

Заведующий кафедрой проф. Чередников Е. Ф. \_\_\_\_\_  
(подпись)

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры акушерства и гинекологии № 2  
«» \_\_\_\_\_ 2017 года, протокол № \_\_\_\_\_

Заведующий кафедрой проф. Бычков В.И. \_\_\_\_\_  
(подпись)

Рецензент (ы):

зав. кафедрой поликлинической терапии и общей врачебной практики профессор, д.м.н. Зуйкова А.А.,

зав. кафедрой общей хирургии профессор, д.м.н. Глухов А.А.,

зав. кафедрой акушерства и гинекологии №1 профессор, д.м.н. Коротких И.Н.

Программа рассмотрена на заседании ЦМК по специальности медико-профилактическое дело  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2017 года, протокол № \_\_\_\_\_ .

## 1. ВИД ПРАКТИКИ, СПОСОБ И ФОРМА ПРОВЕДЕНИЯ

### Клиническая

### (помощник врача лечебно-профилактического учреждения)

Производственная практика «Клиническая (помощник врача лечебно-профилактического учреждения)» проводится дискретно в медицинских организациях г. Воронежа, Воронежской области и других областях РФ по месту жительства студента на основе договоров в 8 семестре в течение 4 недель.

## 2. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ

**Цели и задачи практики:** обучение студентов основным этапам работы врача стационара терапевтического, хирургического, акушерско-гинекологического профиля и применение студентами своих знаний на практике в условиях стационара.

**Задачи практики:**

**Знать:**

### основные этапы работы врача стационара терапевтического профиля:

- структуру и основные этапы работы врача в стационаре терапевтического профиля;
- права и обязанности врача-терапевта стационара, порядок приема и сдачи дежурств;
- клинико-фармакологическую характеристику лекарственных препаратов, рациональный выбор лекарственных средств при терапевтических заболеваниях и неотложных состояниях, правила выписки и хранения медикаментов;
- методы проведения реанимационных мероприятий и интенсивной терапии при неотложных состояниях в стационаре терапевтического профиля;
- методы лечения терапевтического больного в условиях стационара, алгоритм выбора медикаментозного и немедикаментозного лечения, показания к их применению, принципы реабилитации больных;
- современные методы клинической, лабораторной, инструментальной диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного терапевтического профиля;
- критерии и алгоритм постановки клинического диагноза, особенности течения и возможные осложнения терапевтических заболеваний;
- технику выполнения неотложных экстренных и реанимационных мероприятий: а) искусственное дыхание, б) непрямой массаж сердца;
- принципы техники безопасности на рабочем месте и охрану от профессиональных заражений;

- методы санитарно-просветительной работы.

**основные этапы работы врача стационара по хирургическому профилю:**

- порядок работы врача-хирурга стационара;
- состояние санитарно-эпидемического режима в ЛПУ;
- права и обязанности врача-хирурга;
- современную классификацию заболеваний и критерии постановки диагноза;
- правила написания листов назначений;
- тактику при некоторых неотложных состояниях;
- принципы техники безопасности на рабочем месте и охрану от профессиональных заражений.

**основные этапы работы врача стационара по акушерско-гинекологическому профилю:**

- организацию работы родильного дома;
- акушерскую терминологию;
- признаки беременности малого срока, диагностику беременности с помощью лабораторных и дополнительных методов исследования, большие сроки беременности;
- изменения, происходящие в организме женщины во время беременности и состояние плода;
- этапы развития эмбриона и критические сроки внутриутробного развития, особенности развития в норме и при патологии у плода, новорожденного, а также влияние экстрагенитальной патологии матери на ребенка;
- размеры головки плода, таза женщины;
- биомеханизм родов при затылочных вставлениях плода нафантоме;
- биомеханизм родов при тазовых предлежаниях плода нафантоме;
- основные принципы работы женской консультации;
- показания, условия к операции кесарева сечения.

**Уметь**

**выполнять манипуляции врача стационара терапевтического профиля:**

- провести диагностические мероприятия и оказать первую врачебную помощь при неотложных состояниях, определить показания для экстренной и плановой госпитализации больных;
- провести сбор анамнеза, опрос, физикальное обследование больного терапевтического профиля в условиях стационара и оценивать данные опроса и осмотра;
- сформулировать клинический диагноз;
- составить план обследования терапевтического больного, нуждающегося в стационарной медицинской помощи
- интерпретировать результаты клинических, лабораторных, инструментальных исследований, выполняемых в условиях стационара;
- составить план лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию, назначить медикаментозную терапию, определить путь введения, режим, дозу лекарственных средств;
- провести стационарное лечение терапевтического больного под руководством врача и использовать первичную и вторичную профилактику;

- организовать и провести санитарно-просветительную работу;
- правильно оформить медицинскую документацию;

дать ближайший и отдаленный прогноз, рекомендации для амбулаторного лечения.

**выполнять манипуляции врача стационара хирургического профиля:**

- собрать анамнез и провести первичное обследование больного с хирургической патологией;
- проверить характерные симптомы при: остром аппендиците, перитоните, остром холецистите, остром панкреатите, острой кишечной непроходимости, прободной язве и стенозе привратника, желудочно-кишечных кровотечениях, наружных грыжах живота;
- провести анализ данных лабораторных и инструментальных методов исследований при острых хирургических заболеваниях;
- составить план обследования больного;
- сформулировать и обосновать предварительный и окончательный диагнозы;
- оформить историю болезни на хирургического больного;
- составить план лечения больных и выявить показания к срочной операции;
- владеть профессиональной терминологией;
- оказать первую и медицинскую помощь при острой хирургической патологии;
- провести санитарно-просветительную работу среди больных;
- правильно заполнять медицинскую документацию

**выполнять манипуляции врача стационара по акушерско-гинекологическому профилю:**

- применить полученные знания при наблюдении за беременными;
- собрать анамнез;
- правильно проводить обследование, профилактику, диагностику и лечение беременной женщины;
- измерить размеры таза, определить расположение плода;
- провести наружное акушерское исследование беременных с поздним сроком беременности, оценить состояние плода;
- определить членорасположение плода, высоту стояния дна матки;
- определить окружность живота;
- определить срок родов и уточнить срок беременности;
- провести аускультацию сердцебиения плода;
- высчитать предполагаемый вес плода;
- распознать 30-недельную беременность;
- оказать первую помощь при неотложных состояниях матери, плода;
- оценить состояние новорожденного по шкале Апгар;
- оценить данные УЗИ, КТГ при различной степени тяжести гестоза;
- грамотно и четко вести документацию беременной;
- назначить лабораторное обследование на: гонорею, трихомониаз, сифилис, гарднереллез, кандидоз, хламидиоз, СПИД, токсоплазмоз, резус-конфликт.

**Владеть:**

**техникой врача стационара терапевтического профиля:**

- основными общеклиническими методами обследования;

- алгоритмом постановки клинического диагноза;
- медицинскими манипуляциями.

**техникой врача стационара хирургического профиля:**

- методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в стационаре хирургического профиля;
- оценкой состояния здоровья населения различных возрастно-половых групп;
- методами общего клинического обследования хирургического больного;
- техникой проверки симптомов основных хирургических заболеваний органов брюшной полости;
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики;
- алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением на дополнительное обследование и к врачам-специалистам;
- алгоритмом постановки предварительного диагноза; техникой опроса и осмотра;
- алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.

**техникой врача стационара по акушерско-гинекологическому профилю:**

- методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в акушерско-гинекологическом стационаре;
- оценкой состояния здоровья населения различных возрастно-половых групп;
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики;
- методикой приема нормальных родов на фантоме;
- методикой наружного акушерского обследования;
- способом измерения диагональной конъюгаты;
- методикой родоразрешения с использованием акушерских щипцов на фантоме;
- техникой плодоразрушающих операции на фантоме;
- техникой наружного поворота плода на фантоме;
- алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.

## Требования к результатам прохождения практики

Прохождение практики направлено на формирование у обучающихся следующих общекультурных (ОК), общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций:

№ п/п	Код компетенции	Содержание компетенции (или ее части)	В результате прохождения практики, обучающиеся должны:			
			Знать	Уметь	Владеть	Оценочные средства*
1.	ОК-7	владением культурой мышления, способностью к критическому восприятию информации, логическому анализу и синтезу	- методы первичной и вторичной профилактики заболеваний (на основе доказательной медицины); - методы анализа и логического мышления.	- выстраивать и поддерживать рабочие отношения с членами коллектива; - участвовать в дискуссии.	- навыками изложения самостоятельной точки зрения; - методами первичной и вторичной профилактики; - навыками анализа и логического мышления.	Фрагмент истории болезни. Вопросы к собеседованию по разделу «Терапия» (1 – 50). Ситуационные задачи по разделу «Терапия» (1 – 30). Тестовые задания по разделу «Терапия» (1 – 100). Практические навыки по разделу «Терапия» (1 – 10).
2.	ОК-8	<u>Готовность к самостоятельной, индивидуальной работе</u> , способность к совершенствованию, саморегулированию, самореализации	- основные подходы к решению естественнонаучных проблем; - виды ответственности медицинских работников; - профессиональную терминологию, виды медицинской информации; основные показатели, характеризующие состояние пациента.	- критично анализировать собственную деятельность; - правильно интерпретировать изученную информацию о хирургической патологии, полученную из разных источников; - правильно интерпретировать изученную информацию об акушерской и гинекологической	- профессиональной терминологией, - методикой интерпретации показателей, полученных при обследовании хирургических пациентов; - методикой интерпретации показателей, полученных при обследовании акушерских и гинекологических пациентов.	Фрагмент истории болезни. Вопросы к собеседованию по разделу «Хирургия» (1 – 17), по разделу «Акушерство» (1 – 17). Практические навыки по разделу «Хирургия» (30), по разделу «Акушерство» (1 – 10). Ситуационные задачи по разделу «Хирургия» (1 – 21), по разделу «Акушерство» (1 – 30). Тестовые задания по разделу «Хирургия» (1 – 100), по разделу «Акушерство» (1 – 100).

				патологии, полученную из разных источников.		
3.	ОПК-4	владением основами делопроизводства с использованием и анализом учетно-отчетной документации	- виды медицинской документации; - правила оформления стационарных карт, этапных и выписных эпикризов, экстренных извещений, истории родов (болезни);	- правильно оформлять медицинскую документацию (стационарных карт, истории родов этапных и выписных эпикризов, экстренных извещений)	- навыками оформления стационарных карт, истории родов, этапных и выписных эпикризов, экстренных извещений.	Фрагмент истории болезни. Вопросы к собеседованию по разделу «Терапия» (1 – 50), «Хирургия» (1 – 11), «Акушерство» (1 – 50) , практические навыки по разделу «Хирургия» (30), практические навыки «Акушерство» (1 – 10), практические навыки по разделу «Акушерство» (1 – 10). Ситуационные задачи по разделу «Терапия» (1 – 27), «Хирургия» (1 – 47), «Акушерство» (1 – 30). Тестовые задания по разделу «Терапия» (1 – 100), «Хирургия» (1 – 100), «Акушерство» (1 – 100).
4.	ОПК-6	способность и готовность к применению гигиенической терминологии, основных понятий и определений, используемых в профилактической медицине.	- гигиеническую терминологию, основные понятия, определения в профилактической медицине (СанПин Роддома, гинекологического стационара, родовой, оперблока).	применить гигиеническую терминологию, основные понятия, определения в профилактической медицине (СанПин Роддома, гинекологического стационара, родовой, оперблока).	гигиенической терминологией, основными понятиями, определениями в профилактической медицине (СанПин Роддома, гинекологического стационара, оперблока).	Фрагмент истории болезни. Вопросы к собеседованию по разделу «Акушерство» (1 – 50) , практические навыки по разделу «Акушерство» (1 – 10). Ситуационные задачи по разделу «Акушерство» (1 – 30). Тестовые задания по разделу «Акушерство» (1 – 140).
5.	ОПК-7	способностью и готовностью к реализации	-правила и принципы профессионального врачебного	-выстраивать и поддерживать рабочие отношения	- методами анализа и логического мышления;	Фрагмент истории болезни. Вопросы к собеседованию по разделу «Терапия» (1 – 50),

		этических и деонтологических аспектов врачебной деятельности в общении с коллегами, другим медицинским персоналом, пациентами и их родственниками	поведения; - права и обязанности пациента и врача, - взаимоотношения врач-пациент, врач-среда; - этические основы современного медицинского законодательства	с членами коллектива; -соблюдать этику и деонтологию	- техникой ведения дискуссий; - принципами врачебной деонтологии и медицинской этики; - навыками информирования пациентов и их родственников в соответствии с требованиями правил "информированного согласия"; - навыками коммуникативного общения	«Хирургия» (1 – 11), , практические навыки по разделу «Хирургия» (30), практические навыки «Терапия» (1 – 10). Ситуационные задачи по разделу «Терапия» (1 – 27), «Хирургия» (1 – 47). Тестовые задания по разделу «Терапия» (1 – 100), «Хирургия» (1 – 100).
6.	ПК-12	<u>Способность и готовность к проведению обследований и оценке физического и психического развития, функционального состояния организма, работоспособности и заболеваемости детей различных возрастных групп, их распределения по группам здоровья на основе результатов</u>	- правила физикального осмотра хирургических пациентов, профилактической медицины, методы санитарно-просветительской работы	-проводить физикальный осмотр пациентов хирургического профиля, выполнять санитарно-просветительские мероприятия (лекции, беседы, санбюллетени) по соблюдению правил гигиены, здоровому образу жизни, проведение бесед о принципах рационального питания, увеличении	методами физикального осмотра хирургических пациентов, методами санитарно-просветительской работы	Фрагмент истории болезни. Вопросы к собеседованию по разделу «Хирургия» (1 – 11). Ситуационные задачи по разделу «Хирургия» (1 – 47). Тестовые задания по разделу «Хирургия» (1 – 60). , Практические навыки по разделу «Хирургия» (30).

		периодических медицинских осмотров		дозированной физической активности, борьбе с вредными привычками, отказе от курения)		
7.	ПК-14	<u>способностью и готовностью к оказанию первой врачебной помощи при неотложных состояниях на догоспитальном этапе</u> , а также в экстремальных условиях эпидемий, в очагах массового поражения	- клиническую картину, основные диагностические критерии состояний, требующих срочного медицинского вмешательства (ЖКК, отек легких, гипертонический криз, кардиогенный шок, острое нарушение ритма сердца, астматический статус, гипогликемия, пневмоторакс, гидроторакс); - методы лечения и показания к их назначению при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства; - клинико-фармакологическую характеристику основных групп	- оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему скорой медицинской помощи; - обосновать фармакотерапию у конкретного больного при основных патологических синдромах и неотложных состояниях, - проводить постановку мягкого мочевого катетера, желудочного зонда, - проводить реанимационные мероприятия(искусственное дыхание,непрямой массаж сердца при возникновении клинической	- использовать методики немедленного устранения состояний требующих, срочного медицинского вмешательства; - техникой наложения асептических повязок, - техникой выполнения: внутривенных инъекций, наложения бинтовых повязок, определения группы крови и резус-фактора, пробы на совместимость, переливания крови и кровезаменителей; - техникой постановки мягкого мочевого катетера и желудочного зонда; - алгоритмами (протоколами) по оказанию первой врачебной помощи при неотложных	Фрагмент истории болезни. Вопросы к собеседованию по разделу «Терапия» (1 – 50), «Хирургия» (1 – 11), «Акушерство» (1 – 50) , практические навыки по разделу «Хирургия» (30), практические навыки «Акушерство» (1 – 10), практические навыки «Терапия» (1 – 10). Ситуационные задачи по разделу «Терапия» (1 – 27), «Хирургия» (1 – 47), «Акушерство» (1 – 30). Тестовые задания по разделу «Терапия» (1 – 100), «Хирургия» (1 – 100), «Акушерство» (1 – 100).

			<p>лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении основных патологических синдромов заболеваний и неотложных состояний у пациентов</p> <p>- методы проведения неотложных мероприятий, показания для экстренной госпитализации;</p> <p>- алгоритмы (протоколы) первой врачебной помощи при неотложных состояниях на догоспитальном этапе (роды, акушерские кровотечения, разрыв матки, септические осложнения, внематочная беременность, тяжелая экстрагенитальная патология,</p>	<p>смерти);</p> <p>- оказать первую врачебную помощь при неотложных состояниях на догоспитальном этапе (острая абдоминальная хирургическая патология (острый аппендицит, острый панкреатит, перитонит, острое желудочно-кишечное кровотечение и др.), острые гнойно-воспалительные процессы кожи и мягких тканей, суставов, костей (флегмоны, абсцессы, парапроктит, панариций, бурсит, гнойный артрит, остеомиелит), травма органов брюшной полости и забрюшинного пространства, травмы мягких тканей туловища и конечностей (ушиб, гематома, ранения,</p>	<p>состояниях на догоспитальном этапе (роды, акушерские кровотечения, разрыв матки, септические осложнения, внематочная беременность, тяжелая экстрагенитальная патология, онкогинекология).</p>	
--	--	--	--	---	--	--

			онкогинекология).	инородные тела)); - использовать алгоритмы (протоколы) первой врачебной помощи при неотложных состояниях на догоспитальном этапе (роды, акушерские кровотечения, разрыв матки, септические осложнения, внематочная беременность, тяжелая экстрагенитальная патология, онкогинекология).		
8.	ПК-15	<u>Способность и готовность к проведению санитарно-просветительской работы с населением</u> по вопросам профилактической медицины, к работе с учебной, научной и справочной литературой, проведению поиска информации для	- основные положения и принципы формирования проведения санитарно – просветительской работы в медицинских учреждениях с акушерскими и гинекологическими пациентами.	проводить санитарно-просветительскую работу с акушерскими и гинекологическими пациентами по вопросам профилактической медицины, работать с учебной, научной и справочной литературой, - проводить поиск	способностью и готовностью к проведению санитарно-просветительской работы с акушерскими и гинекологическими пациентами по вопросам профилактической медицины, к работе с учебной, научной и справочной литературой, информации	Фрагмент истории болезни. Вопросы к собеседованию по разделу «Акушерство» (1-50). Ситуационные задачи по разделу «Акушерство» (1-30). Тестовые задания по разделу «Акушерство» (1 – 100). Практические навыки по разделу «Акушерство» (1 – 10).

		решения профессиональных задач.		информации для решения профессиональных задач.	проведению поиска для решения профессиональных задач.	
9.	ПК-18	<u>Способностью и готовностью к обучению населения правилам медицинского поведения, к проведению гигиенических процедур, формированию навыков здорового образа жизни</u>	- факторы, формирующие здоровье человека (экологические, профессиональные); - современные подходы к оценке состояния здоровья и заболеваемости; - основные принципы и методику планирования профилактических мероприятий.	-оценить факторы, влияющие на состояние здоровья пациента; - анализировать материалы официальной статистики о заболеваемости населения; - разработать оздоровительные мероприятия.	- навыками изложения самостоятельной точки зрения; -методами санитарно-просветительской работы.	Фрагмент истории болезни. Вопросы к собеседованию по разделу «Терапия» (1-50). Практические навыки по разделу «Терапия» (1-10). Ситуационные задачи по разделу «Терапия» (1-30). Тестовые задания по разделу «Терапия» (1 – 100).
10.	ПК- 22	<u>Способностью и готовностью к разработке и оценке эффективности профилактических стратегий, отдельно или в сотрудничестве с другими специалистами для обеспечения эффективного контроля</u>	- эпидемиологию, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных и социально-значимых заболеваний внутренних органов и эндокринной системы, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп; - принципы профилактики	- оценить риск воздействия факторов среды обитания на здоровье человека; -давать оценку эффективности профилактических мероприятий.	- методами оценки эффективности профилактических мероприятий; -методами санитарно-просветительской работы.	Фрагмент истории болезни. Вопросы к собеседованию по разделу «Терапия» (1-50). Практические навыки по разделу «Терапия» (1-10). Ситуационные задачи по разделу «Терапия» (1-30). Тестовые задания по разделу «Терапия» (1 – 100).

			<p>заболеваемости населения (популяции); - современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных; - методику оценки риска для здоровья населения; - механизм физиологического и лечебного воздействия природных и преформированных физических факторов.</p>			
--	--	--	--	--	--	--

### 3. МЕСТО ПРАКТИКИ В СТРУКТУРЕ ООП ВО

Производственная практика «Клиническая (помощник врача лечебно-профилактического учреждения)» относится к базовой части Б.2.Б.07 (П) блока Б.2 - практики, в том числе научно-исследовательская работа (НИР)

3.1. Для прохождения практики необходимы знания, умения и навыки, формируемые следующими дисциплинами и практиками: **в блоке Б1. Базовой части:** философия, биоэтика; правоведение, защита прав потребителей; правовые основы деятельности врача; иностранный язык; латинский язык; психология, педагогика; анатомия человека, топографическая анатомия; нормальная физиология; патологическая физиология; фармакология; внутренние болезни, общая физиотерапия, эндокринология; хирургические болезни; акушерство и гинекология. **В блоке Б.2 базовой части:** уход за больными терапевтического профиля, уход за больными хирургического профиля.

**Знания:** учение о здоровье человека и населения методы его сохранения, взаимоотношения «врач- пациент» и «врач-среда»; морально-этические нормы; правила и принципы профессионального врачебного поведения, права пациента и врача; основную медицинскую и фармацевтическую терминологию на латинском языке; основные физические явления и закономерности, лежащие в основе процессов, протекающих в организме человека; характеристики воздействия физических факторов на организм; классификацию и основные характеристики лекарственных средств, фармакодинамику, показания и противопоказания к применению лекарственных средств; побочные эффекты; общие принципы оформления рецептов; принципы классификации болезней; методику непосредственного исследования больного терапевтического, хирургического и акушерского профиля; современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных; критерии диагноза различных заболеваний; методы лечения; виды санитарной обработки больных, особенности наблюдения и ухода за больными с заболеваниями различных систем организма; основные этапы и организацию работы младшего и среднего медицинского персонала;

**Умения:** интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной и функциональной диагностики для выявления патологических процессов в органах и системах человека; обосновать характер патологического процесса и его клинические проявления, анализировать действие лекарственных средств по совокупности их фармакологических свойств и возможность их использования для лечения пациента; провести обследование больного; оценить полученные данные; сформулировать синдромальный диагноз и наметить план дополнительных методов исследования; заполнить историю болезни; оценить результаты обследований пациента; осуществлять контроль за показателями гемодинамики и дыхания; проводить мероприятия по первичной и вторичной профилактике наиболее часто встречающихся в заболеваний; уметь интерпретировать результаты лабораторных исследований; проводить санитарно-гигиенические и

противоэпидемические мероприятия в чрезвычайной ситуации;

**Навыки:** методикой сбора информации о состоянии здоровья населения; методикой сбора, обработки и анализа данных о факторах среды обитания и здоровье населения; методами оценки качества состояния искусственной среды обитания человека; ухода за больными с учетом их возраста, характера и тяжести заболевания; владеть навыками ухода за тяжелобольными и агонирующими больными; основами делопроизводства, анализа результатов деятельности учреждений навыками по оказанию лечебно-профилактической помощи основной массе населения в условиях стационара; навыками по оказанию неотложной помощи на догоспитальном этапе при острых заболеваниях и urgentных состояниях.

3.2. Прохождение практики необходимо для знаний, умений и навыков, формируемых последующими дисциплинами и практиками: **в блоке Б.1 Базовой части:** общественное здоровье и здравоохранение; профессиональные болезни, военно-полевая терапия; фтизиопульмонология; травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия. **В блоке Б.2 Базовой части:** Помощник врача-специалиста учреждения, осуществляющего деятельность в целях обеспечения государственного санитарно-эпидемиологического надзора, и специалиста органа, осуществляющего функции по контролю и надзору в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, защиты прав потребителей и потребительского рынка.

**Знания:** заболевания, связанные с неблагоприятным воздействием климатических и социальных факторов; основы профилактической медицины, организацию профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения; методы санитарно-просветительской работы; ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях; санитарно-гигиенические требования к устройству, организации и режиму работы больниц, отделений; основы организации амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи взрослому населению, современные организационные формы работы и диагностические возможности поликлинической службы; принципы диспансерного наблюдения различных возрастно-половых и социальных групп населения, реабилитация пациентов; особенности организации и основные направления деятельности участкового врача и врача общей практики; методы проведения неотложных мероприятий и показания для госпитализации больных; ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации, осуществление экспертизы трудоспособности; основы работы врача учреждения, осуществляющего свою деятельность в целях обеспечения государственного санитарно-эпидемиологического надзора и органов, осуществляющих функции по контролю и надзору в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, защиты прав потребителей и потребительского рынка.

**Умения:** планировать, анализировать и оценивать качество медицинской помощи, состояние здоровья населения и влияние на него факторов окружающей и производственной среды; выполнять профилактические, гигиенические и противоэпидемические мероприятия; определить статус пациента, провести физикальное обследование пациента; оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания медицинской помощи; поставить предварительный диагноз; сформулировать клинический диагноз; разработать план терапевтических (хирургических) действий, с учетом протекания болезни и ее лечения; сформулировать показания к избранному методу лечения с

учетом этиотропных и патогенетических средств; применять различные способы введения лекарственных препаратов; использовать в лечебной деятельности методы первичной и вторичной профилактики; заполнять историю болезни, выписать рецепт, перед операцией и хирургическими манипуляциями обработать руки, операционное поле; выявлять факторы риска образа жизни и среды обитания и оценивать их влияние на здоровье населения; составлять планы и проводить санитарно-эпидемиологический надзор; организовать мероприятия по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения; осуществлять гигиеническое воспитание населения с целью формирования здорового образа жизни.

**Навыки:** правильного ведения медицинской документации; методов общеклинического обследования; интерпретации результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; алгоритмов развернутого клинического диагноза; алгоритмов постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к специалистам; основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях; по проведению государственного санитарно-эпидемиологического надзора

#### 4. ОБЪЁМ ПРАКТИКИ

Общая трудоемкость практики – 6 З.Е./216 ч

Производственная практика – 6 з.е./216ч

Рабочий день студента - 6 часов (360 мин), 6-дневная рабочая неделя.

#### 5. СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИКИ

№ п/п	Разделы практики	Виды учебной работы, включая самостоятельную работу обучающегося и трудоемкость (в часах)		Формы текущего контроля
		Аудиторная работа (6ч = 270 мин в день)	Самостоятельная работа (3ч = 135 мин в день)	
1	<b>Раздел I</b> <b>Проведение организационно-методического собрания со студентами, подготовка их к прохождению летней производственной практики «Помощник врача».</b>			Согласно графику
1.1.	<i>Инструктаж по получению допуска к практике, по оформлению соответствующей документации к практике</i>			Учет посещаемости собрания (явочный лист)
1.2.	<i>Освоение практических навыков на фантомах и муляжах под контролем преподавателя</i>	На практических занятиях в течение	Работа в центре практической подготовки под контролем	Демонстрация манипуляций Опрос Аттестация

		цикла, согласно расписанию	преподавателя	навыков Допуск студентов к практике Отчет практики.
1.3.	<i>Инструктаж по технике безопасности и по правилам поведения в лечебном учреждении</i>			Журнал по технике безопасности ЛПУ Отчет практики.
2	<b>Раздел II Выполнение индивидуальных заданий - работа в стационаре в качестве помощника врача стационара терапевтического, хирургического, акушерско-гинекологического профиля</b>	На клинической базе под контролем преподавател я	Работа с литературными источниками. Оформление соответствующих разделов отчета. Написание истории болезни	Отчет практики
2.1.	<i>Курирование пациентов совместно с врачом.</i>	90 мин – ежедневно	Работа с литературными источниками. Оформление соответствующих разделов отчета. Написание истории болезни	Отчёт практики
2.2.	<i>Проведение первичного осмотра пациента совместно с врачом, постановка предварительного диагноза, определение тактики дополнительного обследования и лечения</i>	45 мин	Работа с литературными источниками. Оформление соответствующих разделов отчета. Написание истории болезни	
2.3.	<i>Оформление медицинской документации совместно с врачом</i>	90 мин – ежедневно	Работа с литературными источниками. Оформление соответствующих разделов отчета. Написание истории болезни	Отчет практики
2.4.	<i>Проведение санитарно-просветительской работы с пациентами, бесед по формированию здорового образа жизни</i>	45 мин	Работа с литературными источниками. Оформление соответствующих	Отчет практики

			разделов дневника. Написание истории болезни	
2.5.	<i>Оказание помощи пациентам с неотложными состояниями</i>	45 мин	Работа с литературными источниками. Оформление соответствующих разделов отчета. Написание истории болезни	Отчет практики
2.6.	<i>Оформление учетно-отчетной документации</i>	45 мин	Работа с литературными источниками. Оформление соответствующих разделов отчета. Написание истории болезни	Отчет практики Рабочая тетрадь производственной практики Истории болезни, истории родов
3	<b>Раздел III Научно-исследовательская работа</b>	Не предусмотрена		
4	<b>Раздел IV Зачет с оценкой - аттестация студентов по окончанию практики, подведение итогов практики</b>		Обсуждение курированных больных, ответ на билет	Отчет практики. Внесение оценки за практику в соответствующий раздел зачетной книжки студента.

## **6. ФОРМЫ ОТЧЁТНОСТИ/КОНТРОЛЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОХОЖДЕНИЯ ПРАКТИКИ**

- 6.1. Отчет по практике (приложение №1 к положению о производственной практике).
- 6.2. Отзывы от базы практики – индивидуальные (приложение №2 к положению о производственной практике)
- 6.3. Академическая история болезни (модуль терапия, хирургия)
- 6.4. Рабочая тетрадь по производственной практике (модуль хирургия)
- 6.5. История родов (модуль акушерство)

## **7. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ПРАКТИКЕ**

7.1 Перечень оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по практике:

- 1. Вопросы для собеседования по разделам «Терапия», «Хирургия», «Акушерство» (приложение №1 к рабочей программе по производственной практике).

2. Наборы тестовых заданий «Терапия», «Хирургия», «Акушерство» (приложение №2 к рабочей программе по производственной практике).
3. Ситуационные задачи «Терапия», «Хирургия», «Акушерство» (приложение №3 к рабочей программе по производственной практике).
4. Перечень практических навыков «Терапия», «Хирургия», «Акушерство» (приложение №4 к рабочей программе по производственной практике).
5. Критерии оценивания при аттестации по итогам прохождения практики

## 7.2 Примеры оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по практике:

### **ВОПРОСЫ ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ:**

- Составление плана обследования больного с язвенной болезнью в стационарных условиях. Написание нормальных значений исследования крови: протромбиновый индекс, время свертывания крови, МНО, общий анализ крови.
- Написание листа назначения больному с острым нарушением ритма - желудочковая экстрасистолия по типу бигемении.
- Методика проведения абдоминальной пункции. Техника выполнения процедуры, показания к проведению абдоминальной пункции, осложнения при проведении пункции.
- Острый аппендицит. Клиника, диагностика и лечение.
- Клиника и ведение физиологических родов.
- Физиологический послеродовый период. Период новорожденности.

### **СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ:**

Больной поступил с жалобами на кашель с выделением гнойно-кровянистой мокроты, одышку, повышение температуры до 39°C. Заболел остро 5 дней назад. Объективно: состояние тяжелое, одышка (ЧД 32 в минуту). В легких справа в задне-нижних отделах укорочение перкуторного звука, звонкие мелкопузырчатые влажные хрипы. На рентгенограмме справа соответственно нижней доле затемнение, несколько полостей с уровнем жидкости. Лейкоциты крови  $18,2 \times 10^9$  /л, в формуле - сдвиг влево.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Вероятный возбудитель? Как его выявить?
3. Тактика лечения?
4. Выпишите рецепт на цефепим.
5. Реабилитационные мероприятия.

Больной 49 лет около часа назад внезапно почувствовал нарастающую жгучую загрудинную боль с иррадиацией в эпигастральную область. По ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС – 72 в минуту, куполообразный подъем сегмента ST в отведениях II, III и AVF на 3 мм над изолинией.

Вопросы:

1. Сформулировать диагноз.
2. Написать план обследования.
3. Составить план лечения.
4. Что относится к первичной профилактике данного заболевания?
5. Рецепт на изокет.

Роженица Ш., 26 лет, поступила в клинику с доношенной беременностью и активной родовой деятельностью, начавшейся 6 ч назад.

*Данные анамнеза.* Росла здоровым ребенком, в детстве перенесла корь, взрослой—грипп. Менструация началась в 14-летнем возрасте, нормальная, установилась сразу, продолжительностью 3 дня через 4 недели. Замужем с 22 лет. Первая беременность закончилась срочными родами (масса плода 3900 г, ребенок жив). Вторая и третья беременности

прерваны искусственно, без осложнений, четвертая закончилась самопроизвольными родами, продолжающимися около 2 суток. Ребенок родился массой 4150 г, умер через 1 ч после рождения. Настоящая беременность пятая, протекала без осложнений, женщина регулярно посещала женскую консультацию.

*Объективно.* Состояние при поступлении удовлетворительное, температура тела 36,6°C, пульс 72 в 1 мин, хорошего наполнения, АД —125/80—120/75 мм рт. ст. Телосложение роженицы правильное: масса тела—76 кг, рост— 158 см. Отеков нет. Со стороны внутренних органов (сердца и легких) отклонений от нормы не обнаружено. Мочеиспускание частое, малыми порциями. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Живот овоидной формы, окружность—116 см, высота стояния дна матки—42 см. Размеры таза: 25—28—30—20 см. Индекс Соловьева — 14,5 см. Положение плода продольное, предлежащая голова прижата ко входу в малый таз, спина определяется слева, мелкие части — справа. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд./мин. Признак Генкеля—Вастена положительный. Ориентировочная масса плода — 4900 г. Истинная конъюгата, вычисленная по наружной с учетом индекса Соловьева,— 11 см.

Схватки частые, сильные, очень болезненные, продолжительностью 45—'50 с через 2—3 мин.

*Данные влагалищного исследования.* Влагалище рожавшей женщины, шейка матки сглажена, раскрытие зева на 6 см. Плодный пузырь вскрылся во время исследования. Излилось умеренное количество вод (около 500мл). Предлежащая голова плода прижата ко входу в малый таз. Лобный шов в поперечном размере входа в малый таз. Слева по ходу шва достигается передний угол большого родничка, справа пальпируются надбровные дуги и корень носа. Мыс крестца не достигается. Экзостозов нет.

*Вопросы:*

1. Диагноз.
2. Клинические данные, подтверждающие диагноз.
3. Биомеханизм родов при описанном предлежании. Величина окружности головы плода, проходящей через малый таз при описанном предлежании. Какому размеру головы соответствует эта окружность? Какая форма головы будет у плода при этих родах?
4. Тактика ведения родов. Прогноз родов при этом виде предлежания.

### **ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:**

1. К СИНДРОМУ ПОРАЖЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ОТНОСЯТ:

- 1) усиление голосового дрожания
- 2) укорочение перкуторного звука
- 3) боли в грудной клетке при глубоком дыхании, при кашле
- 4) появление влажных среднепузырчатых хрипов

2. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ АНГИНОЗНОГО ПРИСТУПА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) атропин
- 2) нитроглицерин
- 3) мексидол
- 4) триметазидин

3. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЛАПАРОЦЕНТЕЗА:

- 1) перитонит
- 2) тупая травма живота, проникающее ранение брюшной стенки
- 3) подозрение на "острый" живот
- 4) накопление жидкости в брюшной полости
- 5) все выше перечисленное

4. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ВО ВТОРОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) запрокидывание ручек плода за головку

- 2) разгибание головки плода
- 3) поворот плода спинкой кпереди
- 4) правильно а) и б)
- 5) все перечисленное

6. ПРИ ОПЕРАЦИИ ИЗВЛЕЧЕНИЯ ПЛОДА ЗА НОЖКУ АКУШЕР ЗАХВАТЫВАЕТ НОЖКУ

- 1) обращенную кзади
- 2) обращенную впереди
- 3) принципиального значения не имеет
- 4) зависит от плоскости, в которой находятся ягодицы плода

7. К ПОСОБИЮ ПО МЕТОДУ ЦОВЬЯНОВА ПРИ ЧИСТОМ ЯГОДИЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА ПРИСТУПАЮТ, КОГДА

- 1) прорезывается передняя ягодица
- 2) прорезывается задняя ягодица
- 3) плод рождается до пупочного кольца
- 4) плод рождается до угла лопаток
- 5) прорезываются обе ягодицы

**ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ**

- 1) Пальпация молочной железы.
- 2) Аускультация легких.
- 3) Наружное акушерское исследование. Определение высоты стояния дна матки и окружности живота.

**5. КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ПРИ АТТЕСТАЦИИ ПО ИТОГАМ ПРОХОЖДЕНИЯ ПРАКТИКИ**

**Критерии оценивания устного опроса**

<b>отлично</b>	<b>хорошо</b>	<b>удовлетворительно</b>	<b>неудовлетворительно</b>
Всестороннее систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии. Проявление творческих способностей в понимании изложении и использовании учебно-программного материала	Полное знание учебного материала. Основной рекомендуемой литературы. Обучающийся показывает системный характер знаний по дисциплине (модулю) и способен к самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.	Знание учебного материала в объеме необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знаком с основной литературой, рекомендуемой к занятию. Обучающийся допускает погрешности, но обладает необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.	Обнаруживаются существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допускает принципиальные ошибки при ответе на вопросы

**Критерии оценивания ситуационной задачи**

Критерий/оценка	Отлично	Хорошо	Удовлетворительно	Неудовлетворительно

Наличие правильных ответов на вопросы ситуационной задачи	Правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания	Правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания	Правильные ответы даны на 2/3 вопросов, выполнены 2/3 заданий	Правильные ответы даны на менее 1/2 вопросов, выполнены менее 1/2 заданий
Полнота и логичность изложения ответов	Достаточно высокая во всех ответах	Достаточная в 2/3 ответах	Большинство (2/3) ответов краткие, неразвернутые	Ответы краткие, неразвернутые, «случайные»

### Критерии оценки результатов тестирования

Отлично	Хорошо	Удовлетворительно	Неудовлетворительно
Количество положительных ответов 91% и более максимального балла теста	Количество положительных ответов от 81% до 90% максимального балла теста	Количество положительных ответов от 70% до 80% максимального балла теста	Количество положительных ответов менее 71% максимального балла теста

### Критерии оценивания учебной истории болезни

Критерий/ оценка	Отлично	Хорошо	Удовлетворительно	Неудовлетворительно
Знание учебно-программного материала	Всестороннее, систематическое, глубокое	Полное знание	Знание в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и профессиональной деятельности	Имеет существенные пробелы
Сбор анамнеза, жалоб	Грамотно и полно	Грамотно	Справляется со сбором	Допускает ошибки
Объективное исследование	Проводит в исчерпывающем объеме	В требуемом объеме, допускает неточности	В объеме, необходимом для выявления типичных признаков изучаемой патологии	Допускает ошибки
Назначение лечения	В соответствии с современным и представлениями медицинской науки	Назначает лечение	Знаком с принципами лечения	Не способен
Ошибки	Нет	Единичные стилистические, отступления от последовательности изложения текста, неточности субъективного или	Множество стилистических ошибок, отступления от последовательности изложения текста, недостаточно владеет способами объективного	Не грамотное изложение материала

		объективного исследования, недостаточное умение эффективно использовать данные объективного исследования в постановке диагноза и решении лечебно-диагностических задач	исследования пациента и интерпретации результатов дополнительных методов исследования, но обладающий необходимыми знаниями и способностями для их устранения под руководством преподавателя	
--	--	--	---	--

**Критерии оценки отчёта по производственной практике**

Отлично	Хорошо	Удовлетворительно	Неудовлетворительно
Отчёт оформлен согласно требованиям, заполнен аккуратно, полностью отражает количественные показатели работы студента. Практические навыки освоены в полном объёме. Имеется положительный отзыв заведующего отделением.	Отчёт оформлен согласно требованиям, имеются некоторые замечания по оформлению (некоторая неаккуратность, недостаточно полное описание проделанной работы, освоенных навыков, непоследовательное описание деятельности). Имеется положительный отзыв заведующего отделением.	Оформление отчётной документации небрежное, неполное, не отражает полноценно содержание учебной практики и работу студента. Имеется отрицательный отзыв заведующего отделением.	Отчёт не оформлен. Отзыв заведующего отделением отрицательный.

**Критерии оценивания практических умений**

Отлично	Хорошо	Удовлетворительно	Неудовлетворительно
Знает в полном объеме, умеет объяснить диагностическую и лечебную манипуляцию, профессионально ориентируется, знает показания к	Знает в полном объеме, умеет объяснить диагностическую и лечебную манипуляцию, профессионально ориентируется, знает показания к	Знает в полном объеме, умеет объяснить манипуляцию, профессионально ориентируется, знает показания к проведению. Участвует в выполнении манипуляции (общеклиническое	Не имеет представление и не умеет объяснить диагностическую и лечебную манипуляцию, профессионально ориентироваться, знает показания к проведению манипуляций.

<p>проведению, самостоятельно выполняет манипуляцию</p>	<p>проведению. Выполняет манипуляцию (общеклиническое обследования больного, беременной, роженицы, внутримышечные, подкожные, внутривенные инъекции, плевральные и абдоминальные пункции, определение группы крови и резус-фактора, пробы на совместимость, переливания крови и кровезаменителей; новокаиновые блокады, наложение бинтовых и косыночных повязок выполнения промывания желудка, постановки мягкого мочевого катетера, очистительной и сифонной клизм, записи электрокардиограммы, проведение реанимационных мероприятий (искусственное дыхание, непрямой массаж сердца), проведение пальпации молочных желез, выслушивание сердцебиения плода, составление графиков изменения базальной температуры, проведение общего акушерского исследования и специального</p>	<p>обследования больного, беременной, роженицы, внутримышечные, подкожные, внутривенные инъекции, плевральные и абдоминальные пункции, определение группы крови и резус-фактора, пробы на совместимость, переливания крови и кровезаменителей; новокаиновые блокады, наложение бинтовых и косыночных повязок выполнения промывания желудка, постановки мягкого мочевого катетера, очистительной и сифонной клизм, записи электрокардиограммы, проведение реанимационных мероприятий (искусственное дыхание, непрямой массаж сердца), проведение пальпации молочных желез, выслушивание сердцебиения плода, составление графиков изменения базальной температуры, проведение общего акушерского исследования и специального акушерского (пельвиометрия, наружное акушерское исследование процедуры и т.п.)).</p>	
---	---	---	--

	акушерского (пельвиометрия, наружное акушерское исследование)) под контролем врача		
--	--	--	--

### **РАСЧЁТ ТЕКУЩЕГО И ПРОМЕЖУТОЧНОГО РЕЙТИНГА ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ «ПОМОЩНИК ВРАЧА ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ»**

Формирование промежуточного рейтинга по производственной практике «Помощник врача» предполагает суммирование рейтинговых баллов по разделам «Терапия», «Хирургия», «Акушерство» с учётом коэффициента для каждого раздела. Коэффициент по разделам определяется количеством рабочих дней практики по разделу при 6-часовом рабочем дне и 6-дневной рабочей неделе: «Терапия» (Т) - 8 дней, «Хирургия» (Х) - 8 дней, «Акушерство» (А) - 8 дней.

**Промежуточный рейтинг по производственной практике «Помощник врача» =  $(ПРТ+ПРХ+ПРА)/3$ ; где**

ПРТ – промежуточный рейтинг по разделу «Терапия»

ПРХ– промежуточный рейтинг по разделу «Хирургия»

ПРА– промежуточный рейтинг по разделу «Акушерство»

#### *Расчёт текущего и промежуточного рейтинга по разделу «Терапия»*

Промежуточный рейтинг рассчитывается по формуле:

**ПРТ = Текущий рейтинг «Т»×0,6 + Экзаменационный рейтинг «Т»×0,4**

Текущий рейтинг включает оценку по следующим рейтинговым разделам:

Посещаемость (П);

История болезни 1 (ИБ1);

История болезни 2 (ИБ2);

Оформление отчётной документации по производственной практике (Д);

Тестирование (Тест).

Для расчета рейтинга посещаемости следует произвести расчеты по схеме: посетил все дни – 10 рейтинговых баллов, вес каждого дня определяется путем деления 10 на количество посещённых рабочих дней, т.е. на 10 дней. Таким образом, вес каждого посещённого рабочего дня составляет 1 балл.

Истории болезни 1 и 2 оцениваются по 5-балльной системе. Максимальная оценка 5 (отлично) соответствует 10 рейтинговым баллам.

Оформление отчёта по производственной практике оценивается по 5-балльной системе. Максимальная оценка 5 (отлично) соответствует 10 рейтинговым баллам.

Результаты тестирования оцениваются согласно доле (в процентах) правильных ответов. Минимальное количество правильных ответов – 56%.

Формула для расчёта текущего рейтинга по разделу «Терапия»:

**Текущий рейтинг «Т» =  $(Тест \times 0,1 + П \times 0,1 + ИБ1 \times 0,3 + ИБ2 \times 0,3 + Д \times 0,2) \times 10$**

Экзаменационный рейтинг включает оценку по следующим рейтинговым разделам:

Интерпретация результатов лабораторного или инструментального исследования (И);

Практический навык (ПН);

Ситуационная задача (СЗ);

Теоретический вопрос (В).

Каждый раздел оценивается по 5-балльной системе. Максимальная оценка 5 (отлично) соответствует 10 рейтинговым баллам.

**Экзаменационный рейтинг «Т» =  $(И \times 0,4 + В \times 0,2 + СЗ \times 0,1 + ПН \times 0,3) \times 10$**

### ***Расчёт текущего и промежуточного рейтинга по разделу «Хирургия»***

Промежуточный рейтинг рассчитывается по формуле:

$$\text{ПРХ} = \text{Текущий рейтинг «Х»} \times 0,6 + \text{Экзаменационный рейтинг «Х»} \times 0,4$$

Текущий рейтинг включает оценку по следующим рейтинговым разделам:

посещаемость;

тестирование;

оформление документации;

история болезни.

$$\text{Текущий рейтинг «Х»} = ((\text{число посещенных дней практики} \times 0,1) + (\text{тестирование в \%} / 20 \times 0,2) + (\text{оценка за оформление документации} \times 0,2) + (\text{оценка за историю болезни} \times 0,5)) \times 20$$

Экзаменационный рейтинг включает оценку по следующим рейтинговым разделам:

практические навыки;

ситуационная задача;

собеседование.

$$\text{Экзаменационный рейтинг «Х»} = ((\text{оценка за практические навыки} \times 0,2) + (\text{оценка за решение задачи} \times 0,2) + (\text{оценка за устный ответ} \times 0,6)) \times 20$$

### ***Расчёт текущего и промежуточного рейтинга по разделу «Акушерство»***

Промежуточный рейтинг рассчитывается по формуле:

$$\text{ПРА} = \text{Текущий рейтинг «А»} \times 0,6 + \text{Экзаменационный рейтинг «А»} \times 0,4$$

Текущий рейтинг включает оценку по следующим рейтинговым разделам:

посещаемость;

тестирование;

оформление документации;

история родов.

$$\text{Текущий рейтинг «А»} = ((\text{число посещенных дней практики} \times 0,1) + (\text{тестирование в \%} \times 0,1) + (\text{оценка за оформление документации} \times 0,3) + (\text{оценка за историю родов} \times 0,5)) \times 10$$

Экзаменационный рейтинг включает оценку по следующим рейтинговым разделам:

практические навыки;

ситуационная задача;

собеседование.

$$\text{Экзаменационный рейтинг «А»} = ((\text{оценка за практические навыки} \times 0,2) + (\text{оценка за решение задачи} \times 0,2) + (\text{оценка за устный ответ} \times 0,6)) \times 10$$

## **8. ПЕРЕЧЕНЬ УЧЕБНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ И РЕСУРСОВ СЕТИ «ИНТЕРНЕТ», НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИКИ**

### ***8.1. Перечень основной литературы***

№ п/п	Наименование согласно библиографическим требованиям	Кол-во экземпляров	
		На кафедре	В библиотеке
1	2	3	4
1.	Внутренние болезни: Учебник: В 2 т. / А.И. Мартынов, Н.А. Мухин, В.С. Моисеев; Отв редактор А.С. Галявич. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2011.	5	100
2.	Внутренние болезни: Учебник. / В.И.Маколкин, С.И.Овчаренко, В.А. Суликов. –6-ое изд., перераб. и	5	50

	допол. - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2011. – 768 с.		
3.	Электрокардиография: Учебное пособие для мед. вузов. / А.В.Мурашко А.В., Струтынский А.В. – М.: Медицина, 2011. – 345 с.	5	50
4.	Савельев В.С. Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т. / В.С. Савельев, А.И. Кириенко.- М., 2017.	3	150
5.	Хирургические болезни: учебник/ под ред. М.И. Кузина. М.: Медицина, 2016.	3	100
6.	Хирургические болезни : учебник / под ред. А.Ф. Черноусова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 664 с. + 1 компакт-диск.	3	50
7.	Акушерство: учебник для вузов / Савельева Г.М., Шалина Р.И., Сичинава Л.Г., Панина О.Б., Курцер М.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 656 с.).	5	50
8.	Акушерство: учебник для мед вузов / Айламазян Э.К. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 704	5	100
9.	Акушерство. Руководство к практическим занятиям. Учебное пособие/ под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 728	5	50

## 8.2. Перечень дополнительной литературы

№ п/п	Наименование согласно библиографическим требованиям	Кол-во экземпляров	
		На кафедре	В библиотеке
1	2	3	4
1.	Внутренние болезни. Печень, желчевыводящие пути, поджелудочная железа : учебное пособие / Г.Е.Ройтберг, А.В. Струтынский. – М.: МЕДпресс-информ, 2013. -632 с.	1	10
2.	Внутренние болезни. Система органов пищеварения: учебное пособие / Г.Е.Ройтберг, А.В.Струтынский. – М.: «Изд-во БИНОМ», 2005. - 464 с.	1	10
3.	Ревматология: Клинические рекомендации / Под ред. акад. РАМН Е. Л. Насонова.- 2-е изд., испр. и допол. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 752 с.	1	10
4.	Жебровский В.В. Осложнения в хирургии живота / В.В. Жебровский.- М., 2006.- 448с.	1	5
5.	Примерные должностные инструкции персонала лечебно-профилактических учреждений. Т. 1,2. М.: МУ ФЕГ, 1999. 156 с.	1	5
6.	50 лекций по хирургии / под ред В.С. Савельева.- М.: Триада-Х, 2006.-752 с.	1	10
7.	Акушерство. Курс лекций: учебное пособие // Под ред. А.Н. Стрижакова, А.И. Давыдова.-М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.-456 с.: ил.	10	10
8.	Клинические лекции по акушерству и гинекологии: [руководство] / [Ю.Э. Доброхотова и др.]; под ред. Ю.Э. Доброхотовой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 312 с. -	3	15

	(Библиотека врача-специалиста).		
9.	Акушерство и гинекология - Кулаков В.И. - Клинические рекомендации / под ред. В.Н.Серова, Г.Т.Сухих - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1024с	5	5
10	Акушерство. Клинические лекции: учебное пособие / Под ред. проф. О.В. Макарова. - М.: ГЭОТАР- Медиа, 2007. - 640 с. : ил.	5	10

### 8.3 Электронно-библиотечная система:

1. "Консультант студента" (studmedlib.ru)
2. "BookUp" (www.books-up.ru)
3. "Лань" (e.lanbook.com)

### Интернет ресурсы

4. <http://www.nlm.nih.gov/>- Pub Med- главная медицинская поисковая система
5. <http://www.rusmedserv.com/>
6. <http://farmafak.ru/Pediatriya-1.htm> (FARMAFAK.RU - Единственная актуальная медицинская электронная библиотека)
7. <http://medlinks.ru/eng/basi.htm>- медицинские базы данных
8. <http://www.medic-21vek.ru/>- электронный медицинский журнал
9. [http://www.medpoisk.ru/catalog\\_view.php](http://www.medpoisk.ru/catalog_view.php)
10. <http://www.medliter.ru/> (электронные медицинские книги)

## 9. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРАКТИКИ

### 9.1. Перечень типов организаций, необходимых для проведения практики:

#### *1. Родильный дом № 4 "Электроника" при МУЗ ГКБ Скорой Медицинской Помощи №10*

Руководитель: зам. гл. врача по акушерству и гинекологии Бычков Валерий Иванович

Юридический адрес: 394066, г. Воронеж, ул.Минская, 43 (или ул.Остужева, д.29)

Контактный телефон: +7 (473) 296-18-01.

Официальный сайт роддома: [http://www.gkbsmp10.vrn.ru/rodilnii\\_dom/](http://www.gkbsmp10.vrn.ru/rodilnii_dom/)

#### *2. БУЗ ВО «Воронежская городская клиническая больница скорой медицинской помощи №1»*

Руководитель: главный врач, к.м.н., Банин Игорь Николаевич

Юридический адрес: 394065, г. Воронеж, проспект Патриотов, 23

Контактный телефон: (473) 263-69-60 Электронная почта: [bsmp9@vmail.ru](mailto:bsmp9@vmail.ru)

#### *3. БУЗ ВО «Воронежская городская клиническая больница №5»*

Руководитель: главный врач Пасечный Сергей Николаевич

Юридический адрес: 394004, г. Воронеж, ул. Полины Осипенко, 11

Контактный телефон: (473) 249-89-46 Электронная почта: [mail@gkb5.zdrav36.ru](mailto:mail@gkb5.zdrav36.ru)

#### *4. БУЗ ВО «Воронежская городская клиническая больница скорой медицинской помощи №8»*

Руководитель: главный врач Попов Станислав Сергеевич

Юридический адрес: 394074, г. Воронеж, ул. Ростовская, 90

Контактный телефон: (473) 268-86-24 Электронная почта: [mail@gb8.vrn.ru](mailto:mail@gb8.vrn.ru)

#### *10. БУЗ ВО «Воронежский родильный дом №2»*

Руководитель: главный врач Легостаева Валентина Алексеевна  
Юридический адрес: 394029, г. Воронеж, ул. Ленинградская, 57  
Контактный телефон: (473) 249-17-13 Электронная почта: rd2.vrn@yandex.ru

#### 9.2. Перечень оборудования, необходимого для проведения практики:

1. Наборы электрокардиограмм (нарушения возбудимости)
2. Набор электрокардиограмм (нарушения проводимости)
3. Набор электрокардиограмм (инфаркт миокарда)
4. Набор обзорных рентгенограмм органов грудной клетки, органов брюшной полости
5. Набор рентгенограмм с контрастированием
6. Набор рентгенограмм таза
7. Набор снимков КТ
8. Набор общих анализов крови (анемии)
9. Набор общих анализов крови (лейкозы)
10. Набор биохимических анализов крови
11. Набор общих анализов мочи
12. Набор анализов мочи по Зимницкому, Нечипоренко, Аддису-Каковскому, Ребергу
13. Набор результатов УЗИ (сердца, органов брюшной полости, почек, малого таза)
14. Патологические тазы (нормальный, остеомалятический, карликовый, ассимиляционный, поперечно-суженный, кососуженный, общеравномерносуженный, плоский, рахитический, сколиотический, глубокий ассимиляционный).
15. Конфигурация головок плода (асинклитическое вставление головки, передне-головное предлежание, теменное предлежание, передне-головное вставление, асинклитизм, лицевое предлежание, передне-головное предлежание, лобное предлежание, теменное предлежание, лицевое предлежание, лобнопредлежание, асинклитическое вставление).
16. Перерастяжение нижнего сегмента.
17. Запущенное поперечное положение плода с выпадением ручки.
18. Косое положение плода.
19. Поперечное положение плода.
20. Различные степени раскрытия шейки матки.
21. Пять видов положений матки в малом тазу.
22. Доношенная беременность.
23. Предлежание плаценты
24. Отслойка плаценты.
25. Анатомия таза.
26. Матка девочки, женщины.

**Перечень тестовых заданий для проведения промежуточной аттестации студентов 4 курса медико-профилактического факультета по производственной практике «Клиническая (помощник врача лечебно-профилактического учреждения)» по специальности 32.05.01 – медико-профилактическое дело**

**Раздел «Терапия»**

Выберите один правильный ответ

**1. ВНЕШНИМИ ПРИЗНАКАМИ АТЕРОСКЛЕРОЗА СЧИТАЮТСЯ (ПК-22)**

- 1) ксантомы, ксантелазмы, липоидная дуга роговицы
- 2) узелки Бушара
- 3) пятна Лукина-Либмана
- 4) узелки Ослера

**2. АТЕРОСКЛЕРОЗ СОННЫХ АРТЕРИЙ ПРИВОДИТ К (ОК-7, ПК-22)**

- 1) повышению диастолического артериального давления
- 2) синдрому Лериша
- 3) транзиторным ишемическим атакам или нарушению мозгового кровообращения
- 4) стойкой артериальной гипотонии

**3. ПРИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЯРНЫХ АРТЕРИЙ ОТМЕЧАЕТСЯ (ОК-7, ПК-22)**

- 1) нарушение статики и головокружение
- 2) правосторонний гемипарез
- 3) головные боли в височных областях
- 4) развитие стойкой артериальной гипертонии

**4. СИНДРОМ «БРЮШНОЙ ЖАБЫ» - ЭТО (ОК-7, ПК-22)**

- 1) сдавливание нервных корешков поясничных позвонков
- 2) боли в спине
- 3) боли в животе, обычно после приёма пищи, кратковременные, купирующиеся нитроглицерином
- 4) боли в правой подвздошной области, купирующиеся спазмолитиками

**5. АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ (ОК-7, ПК-22)**

- 1) кратковременными болями в животе после приема пищи
- 2) приступами загрудинных болей при физической нагрузке, купирующихся нитроглицерином
- 3) симптомом «перемежающейся хромоты»
- 4) транзиторными ишемическими атаками

**6. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДИСЛИПИДЕМИЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХСЯ ПОВЫШЕННЫМ СОДЕРЖАНИЕМ В ПЛАЗМЕ КРОВИ ХОЛЕСТЕРИНА И ХОЛЕСТЕРИНА ЛПНП, СЧИТАЮТСЯ (ПК-22)**

- 1) фибраты
- 2) статины

- 3) препараты, содержащие омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты
- 4) ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента

**7. К ФАКТОРАМ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСИТСЯ (ОК-7, ОК-18)**

- 1) наличие ретинопатии I—II степени
- 2) низкий уровень холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛПНП)
- 3) злоупотребление алкоголем
- 4) наличие висцерального ожирения

**8. МОДИФИЦИРУЕМЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА РАЗВИТИЯ ИБС НЕ ОТНОСИТСЯ (ОК-7, ОК-18)**

- 1) курения
- 2) гиперхолестеринемии
- 3) отягощенного наследственного анамнеза
- 4) артериальной гипертензии

**9. НЕМОДИФИЦИРУЕМЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА РАЗВИТИЯ ИБС СЧИТАЮТСЯ (ОК-7, ОК-18)**

- 1) ожирение
- 2) умственный труд
- 3) пол, возраст
- 4) легочная гипертензия

**10. ОПРЕДЕЛИТЬ УРОВЕНЬ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНОГО, ПЕРЕНЕСШЕГО КОРОНАРНУЮ АНГИОПЛАСТИКУ МОЖНО КАК (ОК-7, ОК-18)**

- 1) низкий
- 2) средний
- 3) высокий
- 4) очень высокий

**11. ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ (ОК-7, ПК-14, ПК-18)**

- 1) повышение температуры тела
- 2) увеличение потребности миокарда в кислороде
- 3) уменьшение потребности миокарда в кислороде
- 4) несоответствие между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой

**12. БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ ВКЛЮЧАЕТ (ПК-14, ПК-22)**

- 1) боли в области сердца, длящиеся 20 с, возникающие при неловких движениях
- 2) боли в левой руке, за грудиной, возникающие во время физической нагрузки до 20 мин, купирующиеся самостоятельно после прекращения нагрузки или после приема одной таблетки нитроглицерина
- 3) неинтенсивные ноющие боли в области сердца, длящиеся часами, возникающие при отрицательных эмоциях, купируются самостоятельно
- 4) боли в области сердца колющего характера, усиливающиеся при дыхании, перемене положения тела

**13. БОЛЬ ПРИ СТЕНОКАРДИИ ИРРАДИИРУЕТ (ПК-14, ПК-22)**

- 1) в левое плечо, левую лопатку, в поясничную область

- 2) в левое плечо, левую лопатку, затылок
- 3) по задней поверхности спины, в левую лопатку, нижнюю челюсть
- 4) в левое плечо, левую лопатку, нижнюю челюсть

14. БОЛЬ ПРИ СТЕНОКАРДИИ ОБЫЧНО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ (ПК-14, ПК-22)

- 1) за грудиной
- 2) в области сердца
- 3) в области верхушки сердца
- 4) в правом плече

15. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ БОЛЕВОГО ПРИСТУПА ПРИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ (ПК-14, ПК-22)

- 1) 10 мин
- 2) 25 мин
- 3) до 60 мин
- 4) 15 мин

16. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ (ПК-14, ПК-22)

- 1) гидрохлортиазид
- 2) метопролол
- 3) стрептокиназа
- 4) диклофенак

17. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С Q-ОБРАЗУЮЩИМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ПРИМЕНЯЮТ (ПК-14, ПК-22)

- 1) Б-блокаторы, ацетилсалициловую кислоту, стрептокиназу, клопидогрель, нитроглицерин
- 2) энalapрил, ацетилсалициловую кислоту, стрептокиназу, клопидогрель, нитроглицерин
- 3) метопролол, коринфар, стрептокиназу, клопидогрель, димедрол
- 4) Б-блокаторы, ацетилсалициловую кислоту, стрептокиназу, нитроглицерин

18. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С НЕ Q-ОБРАЗУЮЩИМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ (ПК-14, ПК-22)

- 1) стрептокиназа
- 2) фуросемид
- 3) клопидогрель
- 4) тканевой активатор плазминогена

19. РАННЯЯ ПОСТИНФАРКТНАЯ СТЕНОКАРДИЯ ВОЗНИКАЕТ (ПК-14, ПК-22)

- 1) в период 24 ч - 4 нед. после перенесенного ИМ
- 2) в период 24 ч — 8 нед. после перенесенного ИМ
- 3) через 2 мес. после перенесенного ИМ
- 4) через полгода после перенесенного ИМ

20. ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ СТАЦИОНАРА БОЛЬНОЙ, ПЕРЕНЕСШИЙ НЕОСЛОЖНЕННЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ДОЛЖЕН ПРИНИМАТЬ (ПК-14, ПК-22)

- 1) мочегонные
- 2) антикоагулянты
- 3) тромболитики

4) бета-адреноблокаторы

21. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ АНГИНОЗНОГО ПРИСТУПА ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-14)

- 1) атропин
- 2) нитроглицерин
- 3) мексидол
- 4) триметазидин

22. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АНГИНОЗНОГО ПРИСТУПА ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-14)

- 1) моночинкве
- 2) нитроглицерин
- 3) клофелин
- 4) престариум

23. СКОРОСТЬ НАСТУПЛЕНИЯ ЭФФЕКТА ПРИ ПРИЕМЕ НИТРОГЛИЦЕРИНА (ПК-14)

- 1) 2-5-мин
- 2) 10-15 мин
- 3) 20-25 мин
- 4) 30- 40 мин

24. МЕТОДАМИ РЕПЕРФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЮТСЯ (ОК-7, ПК-14)

- 1) тромболитис, ангиопластика, стентирование
- 2) антикоагулянтная терапия, тромболитис, стентирование
- 3) ангиопластика, дезагрегантная терапия, стентирование
- 4) стентирование, тромболитис

25. ПОНЯТИЕ ОРГАНАЫ-МИШЕНИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ (ПК-22)

- 1) почки, печень, головной мозг, сетчатка глаза, сердце
- 2) сердце, сетчатка глаза, скелетная мускулатура, головной мозг
- 3) артерии, печень, почки, сердце, сетчатка глаза
- 4) сердце, почки, головной мозг, артерии, сетчатка глаза

26. РИСК РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ (ПК-18, ПК-22)

- 1) количеством используемых препаратов
- 2) наличием поражения органов-мишеней
- 3) продолжительностью анамнеза гипертонической болезни
- 4) наличием кризов

27. ПРИ ФИЗИКАЛЬНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНОГО ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЮ МОЖНО ВЫЯВИТЬ (ОПК-7, ПК-22)

- 1) увеличение размеров печени
- 2) расширение границ относительной сердечной тупости влево
- 3) более высокий уровень АД на руках по сравнению с ногами.
- 4) акцент II тона во втором межреберье слева от грудины, дефицит пульса

28. СТАДИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ (ПК-22)

- 1) длительности заболевания

- 2) имеющих факторов риска
- 3) величины АД
- 4) поражения органов-мишеней, ассоциированных клинических состояний

**29. В ОТНОШЕНИИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА НЕСПРАВЕДЛИВО УТВЕРЖДЕНИЕ (ПК-18, ПК-22)**

- 1) заболевают чаще мужчины
- 2) при первичном ИЭ чаще поражается аортальный клапан
- 3) при вторичном ИЭ чаще поражается митральный клапан
- 4) лечение начинают с умеренных доз антибактериальных средств в сочетании с глюкокортикостероидами

**30. ПЯТНА ДЖЕЙНУЭЯ ЭТО (ПК-22)**

- 1) подногтевые кровоизлияния
- 2) кровоизлияния в сетчатку глаза
- 3) узелковые образования в коже и подкожной клетчатки
- 4) красные или красно-фиолетовые пятна на ладонях и ступнях

**31. ПЯТНАМИ РОТА НАЗЫВАЮТ (ПК-22)**

- 1) подногтевые кровоизлияния
- 2) кровоизлияния в сетчатку глаза с белым центром
- 3) узелковые образования в коже и подкожной клетчатки
- 4) петехиальные геморрагии на конъюнктиве нижнего века

**32. УЗЕЛКАМИ ОСЛЕРА НАЗЫВАЮТ (ПК-22)**

- 1) подногтевые кровоизлияния
- 2) кровоизлияния в сетчатку глаза
- 3) узелковые образования в коже и подкожной клетчатки
- 4) петехиальные геморрагии на конъюнктиве нижнего века

**33. СИМПТОМ ЛУКИНА – ЭТО (ПК-22)**

- 1) подногтевые кровоизлияния
- 2) кровоизлияния в сетчатку глаза
- 3) узелковые образования в коже и подкожной клетчатки
- 4) петехиальные геморрагии на конъюнктиве нижнего века

**34. ВТОРИЧНЫЙ ЭНДОКАРДИТ - ЭТО ЭНДОКАРДИТ (ПК-22)**

- 1) у внутривенных наркоманов
- 2) у больных с предшествующей патологией клапанов или крупных сосудов
- 3) у больных с инфарктом миокарда
- 4) у больных с другим бактериальным заболеванием

**35. ТИПИЧНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-18, ПК-22)**

- 1) синегнойная палочка
- 2) риккетсия
- 3) пневмококк
- 4) стрептококк

**36. У ВНУТРИВЕННЫХ НАРКОМАНОВ ЧАЩЕ ПОРАЖАЕТСЯ (ПК-18, ПК-22)**

- 1) трикуспидальный клапан
- 2) митральный клапан

- 3) аортальный клапан
- 4) клапан легочной артерии

37. М-ПРОТЕИН ВОЗБУДИТЕЛЯ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ СОДЕРЖИТ АНТИГЕННЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ (ЭПИТОПЫ), ИМЕЮЩИЕ СХОДСТВО С КОМПОНЕНТАМИ (ПК-18, ПК-22)

- 1) сердечной мышцы, мозга, синовиальных оболочек
- 2) сердечной мышцы, легких, мозга, синовиальных оболочек
- 3) сердечной мышцы, печени, синовиальных оболочек
- 4) сердечной мышцы, гладкой мускулатуры, мозга

38. МАЛАЯ ХОРЕЯ РАНЕЕ НАЗЫВАЛАСЬ (ОК-7, ПК-22)

- 1) «Пляска святого Карла»
- 2) «Пляска каротид»
- 3) «Пляска святого Вита»
- 4) хлопающий тремор

39. ПОДКОЖНЫЕ РЕВМАТИЧЕСКИЕ УЗЕЛКИ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ (ПК-22)

- 1) на мочках ушей
- 2) в местах прикрепления сухожилий
- 3) на веках
- 4) на коже ладоней и стоп

40. ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ПРОВОДИТСЯ (ПК-18, ПК-22)

- 1) азитромицином
- 2) экстенциллином
- 3) эритромицином
- 4) ципрофлоксацином

41. ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-22)

- 1) амилоидоз
- 2) артериальная гипертензия
- 3) формирование порока сердца
- 4) синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (ДВС-синдром)

42. ДЛЯ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА ТИПИЧНА СЛЕДУЮЩАЯ АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА (ПК-22)

- 1) дующего характера систолический шум над верхушкой с проведением в левую подмышечную область
- 2) дующего характера систолический шум у основания мечевидного отростка и в IV – V межреберьях слева, усиливающийся на вдохе
- 3) грубый систолический шум в III – IV межреберьях у левого края грудины
- 4) грубый систолический шум в I – II межреберьях справа от грудины и над рукояткой грудины с проведением на сосуды шеи

43. ДЛЯ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНА СЛЕДУЮЩАЯ АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА (ПК-22)

- 1) усиление I тона над верхушкой сердца, рокочущий диастолический шум здесь же

- 2) ослабление I тона над верхушкой и II тона над аортой, мягкий, «льющийся» диастолический шум во II межреберье у правого края грудины и в точке Боткина-Эрба
- 3) усиление I тона над верхушкой сердца, наличие дополнительного тона в начале диастолы, за которым следует низкого тембра диастолический шум
- 4) усиление I тона над верхушкой, пресистолический шум здесь же

**44. ПРИ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАГРУЖЕНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ОТДЕЛЫ (ОК-7, ПК-22)**

- 1) правое предсердие и оба желудочка
- 2) левое предсердие и левый желудочек
- 3) левый желудочек
- 4) левое предсердие, левый желудочек, а впоследствии и правый желудочек

**45. ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ НАИБОЛЕЕ НАГРУЖЕНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ОТДЕЛЫ (ОК-7, ПК-22)**

- 1) левое предсердие и левый желудочек
- 2) левое предсердие и правый желудочек
- 3) левое предсердие, левый и правый желудочки
- 4) правое предсердие и правый желудочек

**46. ДЛЯ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ТИПИЧНА СЛЕДУЮЩАЯ АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА (ПК-22)**

- 1) ослабление I тона на верхушке, III тон и пресистолический шум здесь же, акцент II тона над легочной артерией
- 2) хлопающий I тон и систолический шум на верхушке, акцент II тона над легочной артерией
- 3) хлопающий I тон, тон открытия митрального клапана и диастолический шум на верхушке, акцент II тона над легочной артерией
- 4) хлопающий I тон и систолический щелчок на верхушке, акцент II тона над легочной артерией, диастолический шум в точке Боткина-Эрба

**47. ДЛЯ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ТИПИЧНА СЛЕДУЮЩАЯ АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА (ПК-22)**

- 1) усиление I тона на верхушке, систолический шум и тон открытия митрального клапана здесь же, акцент II тона над легочной артерией
- 2) ослабление I тона на верхушке, тон открытия митрального клапана и систолический шум здесь же
- 3) ослабление I тона на верхушке, акцент II тона над легочной артерией, III тон, систолический и (иногда) мезодиастолический шум на верхушке
- 4) ослабление I тона на верхушке, акцент II тона над легочной артерией, пресистолический шум и III тон на верхушке

**48. ПРИЗНАКИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ III СТАДИИ (ПК-22)**

- 1) скрытая недостаточность кровообращения, проявляющаяся только при физической нагрузке
- 2) в покое имеются признаки недостаточности кровообращения по малому и большому кругу
- 3) при небольшой нагрузке имеются признаки недостаточности кровообращения по большому кругу
- 4) дистрофическая стадия с тяжелыми нарушениями гемодинамики и необратимыми структурными изменениями в органах

**49. ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, СООТВЕТСТВУЮЩИЕ II ФУНКЦИОНАЛЬНОМУ КЛАССУ (ПК-22)**

- 1) появление усталости, сердцебиения и/или одышки при небольшой физической нагрузке
- 2) развитие обмороков при обычной физической нагрузке
- 3) появление усталости, сердцебиения и/или одышки при обычной физической нагрузке
- 4) появление болей в ногах при небольшой физической нагрузке

**50. ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, СООТВЕТСТВУЮЩИЕ III ФУНКЦИОНАЛЬНОМУ КЛАССУ (ПК-22)**

- 1) появление усталости, сердцебиения и/или одышки при небольшой физической нагрузке
- 2) развитие обмороков при обычной физической нагрузке
- 3) появление усталости, сердцебиения и/или одышки при обычной физической нагрузке
- 4) появление отеков при небольшой физической нагрузке

**51. ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, СООТВЕТСТВУЮЩИЕ IV ФУНКЦИОНАЛЬНОМУ КЛАССУ (ПК-14, ПК-22)**

- 1) появление усталости, сердцебиения и/или одышки при небольшой физической нагрузке
- 2) наличие проявлений ХСН в покое
- 3) развитие обмороков при небольшой физической нагрузке
- 4) появление боли в ногах при небольшой физической нагрузке

**52. ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР ПНЕВМОНИИ (ПК-18)**

- 1) тромбоз мелких ветвей лёгочной артерии
- 2) переохлаждение
- 3) ингаляция паров аммиака
- 4) бактериальная инфекция

**53. ВОЗБУДИТЕЛЕМ АТИПИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ СЧИТАЕТСЯ (ПК-18)**

- 1) *Streptococcus pneumoniae*
- 2) *Staphylococcus aureus*
- 3) *Legionella*
- 4) *Haemophilus influenzae*

**54. ПРИ КЛАССИФИКАЦИИ ПНЕВМОНИЙ ПО КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОМУ ПРИНЦИПУ С УЧЁТОМ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ВЫДЕЛЯЮТ ПНЕВМОНИИ (ПК-18, ПК-22)**

- 1) первичные
- 2) нозокомиальные
- 3) абсцедирующие
- 4) застойные

**55. ДЛЯ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ ХАРАКТЕРНО (ПК-22)**

- 1) развитие пневмонии через 24 ч после госпитализации
- 2) развивается только у больных, находящихся на искусственной вентиляции лёгких
- 3) развитие пневмонии связано с наличием у больного вторичного иммунодефицита
- 4) развитие пневмонии через 48-72 ч после госпитализации

56. К ФАКТОРАМ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ К РАЗВИТИЮ ПНЕВМОНИИ, ОТНОСЯТ **(ПК-18, ПК-22)**

- 1) тромбоз глубоких вен голени
- 2) ожирение
- 3) ОРВИ
- 4) употребление алкоголя

57. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ **(ПК-18, ПК-22)**

- 1) вид возбудителя
- 2) сопутствующую патологию сердечно-сосудистой системы
- 3) выраженность лейкоцитоза
- 4) выраженность эозинофилии

58. ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПНЕВМОНИИ **(ПК-22)**

- 1) пневмоторакс
- 2) выпотной плеврит
- 3) гепатит
- 4) эмфизема лёгких

59. К СИНДРОМУ ПОРАЖЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ОТНОСЯТ **(ПК-22)**

- 1) усиление голосового дрожания
- 2) укорочение перкуторного звука
- 3) боли в грудной клетке при глубоком дыхании, при кашле
- 4) появление влажных среднепузырчатых хрипов

60. К ОСНОВНЫМ НАПРАВЛЕНИЯМ В ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТСЯ **(ПК-22)**

- 1) антибактериальная терапия
- 2) иммуносупрессивная терапия
- 3) диуретическая терапия
- 4) спазмолитическая терапия

61. ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ООБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ **(ПК-18)**

- 1) курение, недостаточность - антитрипсина, частые вирусные инфекции, длительное воздействие раздражающих веществ
- 2) недостаточность - антитрипсина, частые вирусные инфекции, туберкулез
- 3) туберкулез, длительное воздействие раздражающих веществ
- 4) частые вирусные инфекции

62. ПРИЗНАКАМИ БРОНХОБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА СЧИТАЮТСЯ **(ПК-22)**

- 1) акцент II тона на легочной артерии и тахикардия
- 2) удлиненный выдох и сухие свистящие рассеянные хрипы, увеличивающиеся на выдохе
- 3) повышение сывороточного Ig E и эозинофилия крови
- 4) сухой непродуктивный кашель

63. ПРИЗНАКИ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ФОРМЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ **(ПК-22)**

- 1) перенесенная пневмония в анамнезе
- 2) обострения не связаны с сезонностью
- 3) эффективность элиминации аллергена

4) одышка вне приступа

64. ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ (ПК-22)

- 1) дневные и ночные симптомы реже 1 раза в неделю
- 2) ОФВ1 ниже 60% от должного
- 3) ежедневное использование  $\beta$ 2-адреномиметиков короткого действия
- 4) вариабельность ПСВ или ОФВ1 менее 30%

65. УКАЖИТЕ ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ОБОСТРЕНИЯ ХОБЛ (ПК-22)

- 1) приступообразный кашель с трудно отделяемой мокротой, преимущественно в утренние часы, экспираторная одышка, появление дистанционных хрипов
- 2) экспираторная одышка, интенсивные боли в грудной клетке
- 3) одышка, усиливающаяся в положении лежа
- 4) интенсивные боли в грудной клетке, холодный цианоз

66. К ОСНОВНЫМ МЕХАНИЗМАМ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ОТНОСЯТ (ПК-22)

- 1) бронхоспазм, гиперсекрецию слизи, отек слизистой бронхов
- 2) гиперсекрецию вязкой мокроты, бронхоспазм, бронхосклероз
- 3) отек слизистой бронхов, фиброз, бронхорея
- 4) гиперсекрецию вязкой мокроты, бронхоспазм, бронхосклероз, бронхиолиты

67. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ (ПК-22)

- 1) рентгеноскопию
- 2) спирометрию
- 3) фибробронхоскопию
- 4) пульсоксиметрию

68. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ГИПЕРРЕАКТИВНОСТИ БРОНХОВ ИСПОЛЬЗУЮТ ПРОБУ (ПК-22)

- 1) с метахолином
- 2) с нитроглицерином
- 3) с  $\beta$ 2-адреномиметиком
- 4) с дипиридомолом

69. ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ (ПК-22)

- 1) инспираторная одышка
- 2) брадикардия
- 3) удлиненный вдох
- 4) дистанционные хрипы

70. ОСЛОЖНЕНИЕМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-14, ПК-22)

- 1) кровохарканье
- 2) сухой плеврит
- 3) астматический статус
- 4) гидроторакс

71. К РАЗВИТИЮ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА ПРИВОДИТ (ПК-18, ПК-22)

- 1) бесконтрольный прием симпатомиметиков и глюкокортикостероидов, острый воспалительный процесс в бронхолегочном аппарате, чрезмерное воздействие причинно-значимых аллергенов
- 2) бесконтрольный прием симпатомиметиков и глюкокортикостероидов, острый воспалительный процесс в бронхолегочном аппарате, курение
- 3) нервно-психический стресс
- 4) чрезмерное воздействие причинно-значимых аллергенов, нервно-психический стресс

**72. ДЛЯ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА ХАРАКТЕРНО (ПК-14, ПК-22)**

- 1) появление участков «немного легкого»
- 2) дыхание Биота
- 3) систолический шум на верхушке
- 4) акцент II тона во втором межреберье справа

**73. К ИНГАЛЯЦИОННЫМ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМ ОТНОСЯТСЯ (ПК-22)**

- 1) бекотид, будесонид, фликсотид
- 2) беротек, сальбутамол, спирива
- 3) будесонид, дексаметазон, фликсотид
- 4) дексаметазон, атровент, интал

**74. ОСНОВНЫМИ ЦЕЛЯМИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЮТСЯ (ПК-22)**

- 1) снижение темпов прогрессирования заболевания, уменьшение частоты и продолжительности обострений, обратное развитие эмфиземы
- 2) увеличение ЖЕЛ, уменьшение частоты и продолжительности обострений, повышение толерантности к физической нагрузке
- 3) обратное развитие эмфиземы легких, уменьшение частоты и продолжительности обострений, повышение толерантности к физической нагрузке
- 4) снижение темпов прогрессирования заболевания, уменьшение частоты и продолжительности обострений, повышение толерантности к физической нагрузке

**75. ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-22)**

- 1) интоксикационный синдром
- 2) любое обострение хронического обструктивного бронхита
- 3) тяжелый бронхообструктивный синдром, не купируемый бронходилататорами, частые обострения ХОБЛ
- 4) формирование легочной гипертензии

**76. ИНФИЦИРОВАНИЕ H.PYLORI ПРОИСХОДИТ (ПК-18, ПК-22)**

- 1) половым путем
- 2) воздушно-капельным путем
- 3) фекально-оральным путем
- 4) гематогенным путем

**77. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ (ПК-14, ПК-22)**

- 1) цитолитический синдром
- 2) синдром мальабсорбции
- 3) синдром портальной гипертензии
- 4) синдром желудочной диспепсии

78. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ПРИЧИНА ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА (ПК-18, ПК-22)

- 1) дуоденально-гастральный рефлюкс
- 2) *H. Pylori*
- 3) наличие антител в клетках слизистой оболочки желудка
- 4) нарушение диеты

79. ЯЗВЕННОЕ ПОРАЖЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ ПРИЕМ (ПК-18)

- 1) эритромицина
- 2) алюминия сульфата
- 3) метронидазола
- 4) диклофенака

80. ПРЕПАРАТ, КОТОРЫЙ ВХОДИТ В ТРЕХКОМПОНЕНТНУЮ СХЕМУ ЭРАДИКАЦИИ НР – ЭТО (ПК-22)

- 1) ванкомицин
- 2) цефазолин
- 3) кларитромицин
- 4) канамицин

81. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА ЯВЛЯЮТСЯ (ПК-22)

- 1) лихорадка, гепатомегалия, спленомегалия, петехии и геморрагии
- 2) кожный зуд, желтуха, ксантомы и множественные ксантелазмы, остеопороз, диарея, значительная гепатомегалия
- 3) увеличение околоушных желез, атрофия яичек, контрактура дюпюитрена
- 4) артралгии, плохая переносимость жирной пищи, гинекомастия

82. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ОТНОСИТСЯ (ПК-22)

- 1) кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода
- 2) АГ
- 3) ХПН
- 4) дискинезия желчного пузыря

83. ОСНОВНЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА СЧИТАЕТСЯ (ПК-18)

- 1) малоподвижный образ жизни
- 2) травма
- 3) инфекция
- 4) операционное вмешательство

84. ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ ЧАЩЕ БОЛЕЮТ (ПК-18)

- 1) мужчины среднего возраста
- 2) женщины среднего возраста
- 3) мужчины и женщины среднего возраста
- 4) пожилые люди

85. ПРОЕКЦИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ НА ПЕРЕДНЮЮ БРЮШНУЮ СТЕНКУ (ТОЧКА КЕРА) (ПК-22)

- 1) точка пересечения правого наружного края прямой мышцы живота и нижнего края печени

- 2) точка пересечения правой срединно-ключичной линии и правой рёберной дуги
- 3) точка пересечения правой срединно-ключичной линии и нижнего края печени
- 4) точка пересечения правой передней подмышечной линии и правой рёберной дуги

86. КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА СЧИТАЕТСЯ СЛЕДУЮЩИЙ СИНДРОМ (ПК-22)

- 1) цитолитический
- 2) гепаторенальный
- 3) болевой
- 4) астеновегетативный

87. КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА СЧИТАЕТСЯ (ПК-22)

- 1) симптом Хвостека и Труссо
- 2) симптом Мейо-Робсона
- 3) симптом Пастернацкого
- 4) симптом Георгиевского-Мюсси

88. ОСНОВНЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА СЧИТАЕТСЯ (ПК-18)

- 1) злоупотребление жирной и острой пищей
- 2) длительное вынужденное положение сидя
- 3) злоупотребление сладкой пищей
- 4) камни в желчном пузыре

89. ОСНОВНОЙ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЙ СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА (ПК-22)

- 1) цитолитический
- 2) воспалительный
- 3) воспалительно-деструктивный
- 4) гипоксический

90. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ СЧИТАЕТСЯ (ПК-22)

- 1) боль в эпигастральной области
- 2) креаторея, стеаторея, снижение массы тела
- 3) гипогликемия
- 4) желтуха

91. КРЕАТОРЕЯ – ЭТО (ПК-22)

- 1) повышенное содержание в кале нейтрального жира
- 2) повышенное содержание в кале мышечных волокон
- 3) повышение содержания в кале липазы
- 4) остаток непереваренной пищи в кале

92. ЛИЕНТЕРЕЯ – ЭТО (ПК-22)

- 1) повышенное содержание в кале нейтрального жира
- 2) повышенное содержание мышечных волокон
- 3) повышенное содержание в кале эластазы
- 4) остатки непереваренной пищи в кале

**93. СТЕАТОРЕЯ – ЭТО (ПК-22)**

- 1) повышенное содержание в кале нейтрального жира
- 2) повышенное содержание мышечных волокон
- 3) повышение содержания в кале эластазы
- 4) повышение содержания в кале химотрипсина

**94. ПРИЧИНОЙ ЖДА АЛИМЕНТАРНОГО ГЕНЕЗА СЧИТАЕТСЯ (ПК-18)**

- 1) младенческий возраст
- 2) высокая физическая активность
- 3) недостаточное употребление свежих овощей и фруктов
- 4) недостаточное употребление мясной пищи

**95. К СИМПТОМАМ ЖДА ОТНОСИТСЯ (ПК-22)**

- 1) ангулярный стоматит
- 2) лейконихии
- 3) желтуха
- 4) пятна Рота

**96. ПРИ ЖДА ВЫЯВЛЯЮТСЯ (ПК-22)**

- 1) сухость, бледность кожи, ломкость ногтей, тахикардия, мягкий, дующий систолический шум на верхушке
- 2) диффузный цианоз, акцент II тона во втором межреберье слева от грудины
- 3) покраснение кожи лица, зоны декольте
- 4) трехцветное изменение кожи дистальных отделов верхних и нижних конечностей на холоде

**97. ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОГО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО МИЕЛОЛЕЙКОЗА (ПК-22)**

- 1) выраженная лимфаденопатия
- 2) гемолитическая анемия
- 3) лимфоцитоз
- 4) наличие филадельфийской хромосомы

**98. СИНДРОМ, НЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА (ПК-22)**

- 1) лимфоаденопатия.
- 2) гемолитическая анемия.
- 3) оссалгии
- 4) спленомегалия

**99. ДЛЯ ОТЕЧНОГО СИНДРОМА ПОЧЕЧНОГО ТИПА ХАРАКТЕРНО (ПК-22)**

- 1) преимущественная локализация на лице, в утренние часы, бледность кожи
- 2) преимущественно появление в вечерние часы, охряно-желтая кожа
- 3) мягкие, тестоватые отеки, цианоз
- 4) плотные, цианотичные отеки

**100. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ FACIES NEFRITICA ЯВЛЯЮТСЯ (ПК-22)**

- 1) отеки лица, бледность кожи;
- 2) акроцианоз;
- 3) геморрагическая сыпь на лице;
- 4) желтушность кожных покровов

**Эталоны ответов**

№ вопроса	Ответ								
1.	1	21.	2	41.	3	61.	1	81.	2
2.	3	22.	1	42.	4	62.	2	82.	1
3.	1	23.	2	43.	2	63.	2	83.	3
4.	3	24.	1	44.	4	64.	3	84.	2
5.	2	25.	4	45.	2	65.	1	85.	1
6.	2	26.	2	46.	3	66.	1	86.	3
7.	4	27.	2	47.	3	67.	2	87.	4
8.	3	28.	4	48.	4	68.	1	88.	4
9.	3	29.	4	49.	3	69.	4	89.	3
10.	4	30.	4	50.	1	70.	3	90.	2
11.	4	31.	2	51.	2	71.	4	91.	2
12.	2	32.	3	52.	4	72.	1	92.	4
13.	4	33.	4	53.	3	73.	3	93.	1
14.	1	34.	2	54.	2	74.	4	94.	4
15.	4	35.	4	55.	4	75.	3	95.	1
16.	2	36.	1	56.	1	76.	3	96.	1
17.	1	37.	1	57.	3	77.	4	97.	4
18.	3	38.	3	58.	2	78.	2	98.	3
19.	1	39.	2	59.	2	79.	4	99.	1
20.	4	40.	2	60.	1	80.	3	100.	1

## Раздел «Хирургия»

Выберите один правильный ответ.

### 1. АБСОЛЮТНО ПОКАЗАНА ОПЕРАЦИЯ В СЛУЧАЕ (ПК-14)

- 1) неосложненная грыжа;
- 2) ущемленная грыжа;
- 3) скользящая грыжа;
- 4) невправимая грыжа;
- 5) комбинированная грыжа.

### 2. ЧТО НЕ ОТНОСИТСЯ К ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРАМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ ОБРАЗОВАНИЮ ГРЫЖ: (ПК-12)

- 1) прогрессирующее похудание;
- 2) заболевания, повышающие внутрибрюшное давление;
- 3) особенности анатомического строения брюшной стенки в местах возникновения грыж;
- 4) беременность;
- 5) старческий возраст.

### 3. РИХТЕРОВСКОЕ УЩЕМЛЕНИЕ - ЭТО (ОК-8)

- 1) ущемление кишечника в области дуодено-еюнального перехода;
- 2) эластическое ущемление в грыжевом мешке;
- 3) пристеночное ущемление кишки;
- 4) ретроградное ущемление кишки;
- 5) ущемление желудка в грыже пищеводного отверстия диафрагмы.

### 4. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ГРЫЖ НЕ ОТНОСЯТ: (ОК-8)

- 1) вправимость грыжи;
- 2) ущемление грыжи;
- 3) невправимость грыжи;
- 4) флегмону грыжевого мешка;
- 5) непроходимость в грыже.

### 5. ПРИ УЩЕМЛЕНИИ ГРЫЖИ ПОКАЗАНА ЭКСТРЕННАЯ ОПЕРАЦИЯ ИЗ-ЗА (ПК-14)

- 1) резкой болевой реакции;
- 2) возможных рецидивов ущемления;
- 3) возникновения токсического шока;
- 4) возможного развития первичного перитонита;
- 5) возможного некроза ущемленного органа.

### 6. ВАШИ ДЕЙСТВИЯ, ЕСЛИ УЩЕМЛЕННАЯ ПАХОВАЯ ГРЫЖА В ПРИЕМНОМ ОТДЕЛЕНИИ ВПРАВИЛАСЬ, БОЛЕЙ НЕТ, ПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ СИМПТОМАТИКИ СО СТОРОНЫ ЖИВОТА НЕТ. (ПК-14)

- 1) отпустить больного домой до следующего ущемления;
- 2) госпитализировать для наблюдения и дальнейшего оперативного лечения;
- 3) срочная операция как при ущемленной паховой грыже (разрез в паховой области);
- 4) срочная лапаротомия;
- 5) отпустить больного домой, рекомендовав операцию в плановом порядке.

### 7. ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ – ЭТО (ОК-8)

- 1) незаращение отростка слепой кишки;

- 2) незаращение отростка двенадцатиперстной кишки;
- 3) незаращение желточного протока;
- 4) незаращение отростка сигмовидной кишки.
- 5) незаращение урахуса.

**8. БОЛЬНЫЕ С ОСТРЫМ ВОСПАЛЕНИЕМ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ ПРЕДЪЯВЛЯЮТ ЖАЛОБЫ НА (ПК-12)**

- 1) резкая боль внизу живота, потеря сознания, холодный пот;
- 2) постоянная боль в животе, повышение температуры, тошнота, 1-2кратная рвота;
- 3) ассиметричное вздутие живота, задержка стула и газов, схваткообразные боли в животе;
- 4) гектическая температура, постоянная боль в левом подреберье, тошнота, рвота;
- 5) отсутствие болей, фебрильная температура, понос.

**9. ПЕРВИЧНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ДИВЕРТИКУЛА ТОНКОЙ КИШКИ (ОК-8)**

- 1) мезоаденит;
- 2) перфорация;
- 3) паралитическую кишечную непроходимость
- 4) мезентереотромбоз;
- 5) внутрибрюшное кровотечение.

**10. ДИВЕРТИКУЛИТ – ЭТО: (ОК-8)**

- 1) нарушение кровообращения в дивертикуле;
- 2) воспаление дивертикула;
- 3) наличие дивертикулов в кишке;
- 4) образование внутреннего свища;
- 5) закупорка дивертикула каловым камнем.

**11. ОСЛОЖНЕНИЕ ОПУХОЛИ ТОНКОЙ КИШКИ (ОК-8)**

- 1) энтерит;
- 2) кишечную непроходимость;
- 3) перитонит;
- 4) мезентереотромбоз;
- 5) внутренние свищи.

**12. ОДНОЙ ИЗ ФУНКЦИЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ: (ПК-12)**

- 1) всасывание белков;
- 2) всасывание воды;
- 3) всасывание жиров;
- 4) всасывание углеводов;
- 5) нейтрализация шлаков.

**13. ЧАЩЕ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ПОРАЖАЕТСЯ (ПК-12)**

- 1) только прямая кишка;
- 2) весь тонкий и толстый кишечник;
- 3) только слепая кишка;
- 4) подвздошная кишка;
- 5) прямая и ободочная кишка.

**14. ОСЛОЖНЕНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА (ОК-8)**

- 1) перфорацию кишки;

- 2) мезентереотромбоз;
- 3) заворот кишки;
- 4) парез кишечника;
- 5) внутрибрюшное кровотечение.

15. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ХАРАКТЕРНО (ПК-12)

- 1) ожирение;
- 2) желтуха;
- 3) анемия;
- 4) гипергликемия;
- 5) амилаземия.

16. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛЕЗА ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА: (ПК-12)

- 1) отсутствуют;
- 2) схваткообразные боли в животе;
- 3) лихорадка;
- 4) упорные запоры;
- 5) чередование поносов и запоров.

17. ОСЛОЖНЕНИЕМ ДИВЕРТИКУЛОВ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ: (ОК-8)

- 1) ущемление;
- 2) заворот;
- 3) спаечная кишечная непроходимость;
- 4) обтурационная кишечная непроходимость
- 5) кишечные кровотечения.

18. СО СТОРОНЫ ЖИВОТА ДИВЕРТИКУЛИТ МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ КЛИНИКОЙ: (ПК-12)

- 1) бессимптомной;
- 2) заворота кишки;
- 3) перитонита;
- 4) внутрибрюшного кровотечения;
- 5) асцита.

19. ПОКАЗАНИЕМ К СРОЧНОМУ ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ НАЛИЧИИ ДИВЕРТИКУЛОВ В ТОЛСТОЙ КИШКЕ ЯВЛЯЕТСЯ: (ПК-14)

- 1) ущемление дивертикула;
- 2) длительный анамнез;
- 3) наличие полиорганной недостаточности;
- 4) перфорация дивертикула;
- 5) наличие наружного свища.

20. ПОЛИПЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ МОГУТ ДАТЬ КЛИНИКУ: (ПК-12)

- 1) перитонита;
- 2) внутрибрюшного кровотечения;
- 3) странгуляционной кишечной непроходимости;
- 4) перфорации;
- 5) кишечного кровотечения.

21. ПЕРВИЧНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОЛИПОВ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ МОЖЕТ БЫТЬ: **(ОК-8)**

- 1) внутрибрюшное кровотечение;
- 2) перфорация кишки;
- 3) малигнизация;
- 4) перитонит;
- 5) странгуляционная непроходимость кишечника.

22. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ПОПЕРЕЧНО-ОБОДОЧНОЙ КИШКИ **(ПК-12)**

- 1) электролитных нарушений;
- 2) кишечной непроходимости;
- 3) мезентереотромбоза;
- 4) клиника воспаления;
- 5) профузного кишечного кровотечения.

23. ПЕРВИЧНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ, КОТОРОЕ МОГУТ ДАТЬ ОПУХОЛИ ПОПЕРЕЧНО-ОБОДОЧНОЙ КИШКИ: **(ОК-8)**

- 1) мезентереотромбоз;
- 2) токсический шок;
- 3) воспаление;
- 4) паховый лимфаденит;
- 5) параректальные свищи.

24. ПЕРВИЧНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ, КОТОРОЕ МОГУТ ДАТЬ ОПУХОЛИ ПОПЕРЕЧНО-ОБОДОЧНОЙ КИШКИ: **(ОК-8)**

- 1) реактивный плеврит;
- 2) оментит;
- 3) мезоаденит;
- 4) кишечное кровотечение;
- 5) тазовый абсцесс.

25. ОСНОВНЫЕ ЖАЛОБЫ БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗИРУЮЩЕЙ ОПУХОЛЬЮ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ **(ПК-12)**

- 1) «кинжальная» боль в эпигастрии, затем сильные постоянные боли по всему животу;
- 2) схваткообразные боли в животе, рвота кишечным содержимым, ассиметричное вздутие живота, был стул;
- 3) приступообразные боли в мезогастррии слева с иррадиацией в поясничную область, дизурия;
- 4) схваткообразные боли в животе, отсутствие стула и газов, вздутие живота;
- 5) многократная рвота, не приносящая облегчения, вздутие живота, боли в эпигастрии.

26. СИМПТОМ, ВЫЯВЛЯЮЩИЙСЯ ПРИ ОСМОТРЕ ЖИВОТА У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗИРУЮЩЕЙ ОПУХОЛЬЮ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ **(ПК-12)**

- 1) симптом Кивуля;
- 2) симптом Кулена;
- 3) симптом Керте;
- 4) симптом Тевенера;
- 5) симптом Грей-Тернера.

27. СИМПТОМЫ, ВЫЯВЛЯЮЩИЕСЯ ПРИ ОСМОТРЕ БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗИРУЮЩЕЙ ОПУХОЛЬЮ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ? **(ПК-12)**

- 1) симптомы Керте, Каменчек;
- 2) симптомы Ровзинга, Воскресенского;
- 3) шум «падающей капли» и «лопающихся пузырьков»;
- 4) симптомы Кивуля, Кулена;
- 5) симптомы Промптова, Ортнера.

**28. СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ГЕМОРРОЯ? (ПК-12)**

- 1) кал типа «малинового желе», кожный зуд в промежности;
- 2) мелена, отсутствие болей, тенезмы;
- 3) кожный зуд в промежности, запоры, примесь крови в кале;
- 4) тенезмы, схваткообразные боли, вздутие живота;
- 5) лентовидный кал, примесь крови в кале, схваткообразные боли.

**29. ПОЯВЛЕНИЮ ГЕМОРРОЯ СПОСОБСТВУЕТ (ПК-12)**

- 1) парапроктиты;
- 2) портальная гипертензия;
- 3) занятие спортом;
- 4) ожирение;
- 5) кахексия.

**30. ОСЛОЖНЕНИЕМ ГЕМОРРОЯ ЯВЛЯЕТСЯ (ОК-8)**

- 1) трещина прямой кишки;
- 2) рубцовый стеноз;
- 3) острый парапроктит;
- 4) свищи прямой кишки;
- 5) флеботромбоз.

**31. ХАРАКТЕРНАЯ ЖАЛОБА БОЛЬНЫХ С ТРЕЩИНОЙ АНУСА (ПК-12)**

- 1) боль во время дефекации;
- 2) поносы;
- 3) гектическая температура;
- 4) тенезмы;
- 5) кал со слизью.

**32. ДЛЯ АМПУЛЯРНОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРНО (ПК-12)**

- 1) непроходимость прямой кишки;
- 2) гектическая температура;
- 3) выделение алой крови с калом;
- 4) выделение слизи, крови, гноя с калом;
- 5) схваткообразные боли в животе.

**33. ДЛЯ АНАЛЬНОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРНО (ПК-12)**

- 1) постоянные боли внизу живота;
- 2) увеличение паховых лимфоузлов;
- 3) гектическая температура;
- 4) профузный понос;
- 5) кишечная непроходимость.

**34. ДЛЯ ПОДКОЖНО-ПОДСЛИЗИСТОГО ПАРАПРОКТИТА ХАРАКТЕРНО (ПК-12)**

- 1) припухлость и гиперемия кожи в области ануса;
- 2) выделение крови из прямой кишки;
- 3) боли внизу живота;

- 4) поносы;
- 5) туберкулез.

**35. МАСТИТ – ЭТО(ОК-8)**

- 1) травматическое заболевание молочной железы;
- 2) воспалительное заболевание молочной железы;
- 3) иммунологическое заболевание молочной железы;
- 4) опухолевое заболевание молочной железы;
- 5) аллергическое заболевание молочной железы.

**36. ФАЗЫ В РАЗВИТИИ МАСТИТА НЕ ЯВЛЯЮТСЯ(ОК-8)**

- 1) абсцедирующая;
- 2) серозная;
- 3) латентная;
- 4) инфильтративная.

**37. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ МЕСТА МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ СОЧЕТАНИЕ ОТВЕТОВ.(ПК-12)**

- 1) кости
  - 2) печень
  - 3) легкие
  - 4) средостение
  - 5) плевра
- 1) 1,3,5; 2) 2,4; 3) 1,2; 4) 1,3; 5) все верно.

**38. МАММОГРАФИЯ НЕ ПОКАЗАНА(ПК-12)**

- 1) при ретракции соска при непальпируемой опухоли;
- 2) при увеличении подмышечных лимфоузлов без пальпируемой опухоли в молочной железе;
- 3) при наличии сецернирующей молочной железы;
- 4) при рецидивирующей узловой мастопатии;
- 5) при беременности.

**39. В ЭТИОЛОГИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ:(ПК-12)**

- 1) наследственная генетическая предрасположенность;
- 2) гормональный дисбаланс;
- 3) злоупотребление алкоголем;
- 4) недостаточность репродуктивной и лактационной функций;
- 5) органические заболевания половых и эндокринных органов.

**40. РАННИМИ ПРИЗНАКАМИ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-12)**

- 1) резкой боли;
- 2) внезапной невосприимчивости грыжи;
- 3) болезненности и напряжения грыжевого мешка;
- 4) острого начала заболевания;
- 5) высокой температуры.

**41. К ПРОИЗВОДЯЩИМ ФАКТОРАМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ ОБРАЗОВАНИЮ ГРЫЖ НЕ ОТНОСИТСЯ: (ПК-12)**

- 1) роды;
- 2) тяжелая физическая работа;
- 3) травмы брюшной стенке, послеоперационные рубцы;

- 4) бронхиальная астма;
- 5) хронические запоры.

42. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ ВИДОВ УЩЕМЛЕНИЯ: **(ОК-8)**

- 1) каловое ущемление;
- 2) рихтеровское ущемление;
- 3) эластическое ущемление;
- 4) ретроградное ущемление;
- 5) тоническое ущемление.

43. ПОКАЗАНИЕМ К ЭКСТРЕННОМУ ОПЕРАТИВНОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ ПРИ САМОПРОИЗВОЛЬНОМ ВПРАВЛЕНИИ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ СЛУЖИТ: **(ПК-14)**

- 1) наличие грыжевого выпячивания;
- 2) появление перитонеальных явлений со стороны живота;
- 3) повышение температуры;
- 4) дизурические явления;
- 5) частый стул.

44. УЩЕМЛЕННАЯ ПАХОВАЯ ГРЫЖА В ПРИЕМНОМ ОТДЕЛЕНИИ ВПРАВИЛАСЬ, НО СО СТОРОНЫ ЖИВОТА ПОЯВИЛАСЬ ПЕРИТОНЕАЛЬНАЯ СИМПТОМАТИКА. ВАША ТАКТИКА **(ПК-14)**

- 1) введение спазмолитиков, анальгетиков и динамическое наблюдение;
- 2) введение антибиотиков и динамическое наблюдение;
- 3) срочная операция как при ущемленной паховой грыже (разрез в паховой области);
- 4) срочная лапаротомия;
- 5) отпустить больного домой до следующего ущемления.

45. КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ ЯВЛЯЕТСЯ: **(ПК-12)**

- 1) желудочное кровотечение;
- 2) частая рвота желудочным содержимым;
- 3) частые изжоги;
- 4) похудание;
- 5) дисфагия.

46. ЖАЛОБЫ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ВОСПАЛЕНИЕМ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ ВКЛЮЧАЮТ **(ПК-12)**

- 1) схваткообразные боли в животе, многократная рвота, вздутие живота;
- 2) слабость, кал с примесью крови, болей в животе нет;
- 3) постоянная боль в животе, повышение температуры, тошнота, 1-2 кратная рвота;
- 4) приступообразные боли в животе с иррадиацией в поясничную область, учащенное мочеиспускание, повышение температуры;
- 5) отсутствие болей, фебрильная температура, понос.

47. ОДНОЙ ИЗ ФУНКЦИЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ: **(ПК-12)**

- 1) всасывание белков;
- 2) накопление железа;
- 3) всасывание жиров;
- 4) всасывание углеводов;
- 5) формирование каловых масс.

**48. В ОСНОВЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЛЕЖИТ (ПК-12)**

- 1) ускоренный пассаж кишечного содержимого;
- 2) воспалительный процесс в кишечнике;
- 3) затруднение пассажа кишечного содержимого;
- 4) опухолевое поражение кишки;
- 5) нарушение кровообращения в кишке.

**49. НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ – ЭТО: (ОК-8)**

- 1) хронический воспалительный процесс с развитием язвенно-некротических изменений в серозной оболочке прямой и ободочной кишки;
- 2) хронический воспалительный процесс с развитием язвенно-некротических изменений в слизистой оболочке прямой и ободочной кишки;
- 3) хронический воспалительный процесс с развитием язвенно-некротических изменений в мышечном слое прямой и ободочной кишки;
- 4) опухолевый процесс слизистой оболочке прямой и ободочной кишки;
- 5) некроз кишки, связанный с нарушением кровообращения в ней.

**50. СРОЧНОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ПОКАЗАНО (ПК-14)**

- 1) парез кишечника;
- 2) токсический шок;
- 3) профузное кишечное кровотечение;
- 4) кахексия;
- 5) асцит.

**51. СО СТОРОНЫ ЖИВОТА ДИВЕРТИКУЛИТ МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ КЛИНИКОЙ: (ПК-12)**

- 1) острой кишечной непроходимости;
- 2) перфорации;
- 3) внутрибрюшного кровотечения;
- 4) мезентереотромбоза;
- 5) паралитической непроходимости.

**52. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ДИВЕРТИКУЛИТ СОПРОВОЖДАЕТСЯ КЛИНИКОЙ: (ПК-12)**

- 1) внутрибрюшного кровотечения;
- 2) асцита;
- 3) узообразования;
- 4) пилефлебита;
- 5) инфильтрата брюшной полости.

**53. ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИ ОПУХОЛЯХ ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ПОПЕРЕЧНО-ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ВСТРЕЧАЮТСЯ СИМПТОМЫ? (ПК-12)**

- 1) анемия, лихорадка, боли;
- 2) схваткообразные боли, рвота;
- 3) сильные постоянные боли, вздутый, но мягкий живот;
- 4) анемия, мелена, рвота кофейной гущей;
- 5) примесь малоизмененной крови в кале, тенезмы.

**54. ПЕРВИЧНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ, КОТОРОЕ МОГУТ ДАТЬ ОПУХОЛИ ПОПЕРЕЧНО-ОБОДОЧНОЙ КИШКИ: (ОК-8)**

- 1) септический шок;
- 2) поддиафрагмальный абсцесс;
- 3) инфаркт кишки;
- 4) параректальный свищ;
- 5) кишечную непроходимость.

**55. ХАРАКТЕР КАЛА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ОПУХОЛИ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ (ПК-12)**

- 1) мелена;
- 2) типа «малинового желе»;
- 3) с примесью алой крови;
- 4) с примесью малоизмененной вишневой крови;
- 5) лентовидный, с полосками крови на поверхности.

**56. ПРИ ОСМОТРЕ ЖИВОТА У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗИРУЮЩЕЙ ОПУХОЛЬЮ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМ (ПК-12)**

- 1) симптом Шимана-Дансе;
- 2) симптом Склярова;
- 3) симптом Мондора;
- 4) симптом Мейо-Робсона;
- 5) симптом Образцова.

**57. ПРИ ОСМОТРЕ БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗИРУЮЩЕЙ ОПУХОЛЬЮ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ВЫЯВЛЯЮТСЯ СИМПТОМЫ? (ПК-12)**

- 1) симптомы Ортнера, Образцова;
- 2) симптомы Ситковского, Бартомье-Михельсона;
- 3) симптомы Керте, Каменчек;
- 4) симптомы Мондора, Грей-Тернера;
- 5) симптомы Цеге-Мантейфель, Склярова.

**58. ПОЯВЛЕНИЮ ГЕМОРРОЯ СПОСОБСТВУЕТ (ПК-14)**

- 1) параректальные свищи;
- 2) постельный режим;
- 3) истощение;
- 4) хронические запоры;
- 5) перенесенные вирусные заболевания.

**59. ЖАЛОБА, ХАРАКТЕРНАЯ ДЛЯ ТРЕЩИНЫ АНУСА (ПК-12)**

- 1) кровотечение, кал перемешан с кровью;
- 2) кровотечение, кал как «малиновое желе»;
- 3) кровотечение, кал дегтеобразный;
- 4) кровотечение, кал не перемешан с кровью;
- 5) тенезмы.

**60. ДЛЯ РАКА РЕКТО-СИГМОИДНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРНО (ПК-12)**

- 1) постоянные боли внизу живота;
- 2) боль в области ануса, усиливающаяся при дефекации;
- 3) увеличение паховых лимфоузлов;
- 4) профузный понос;
- 5) кишечная непроходимость.

61. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ МЕТОДЫ: **(ПК-14)**
1. лапароскопия
  2. клинический анализ крови
  3. ректальное исследование
  4. термография
  5. все перечисленное верно
62. АНАМНЕСТИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМ: **(ПК-12)**
1. Кохера-Волковича
  2. Образцова
  3. Ровзинга
  4. Ситковского
  5. Ауре-Розанова
63. ТОЛЬКО ПРИ ЗАБРЮШИННОМ РАСПОЛОЖЕНИИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ СИМПТОМ **(ПК-12)**
1. Кохера-Волковича
  2. Образцова
  3. Ровзинга
  4. Ситковского
  5. Ауре-Розанова
64. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА НЕ ПРИМЕНЯЮТ: **(ОК-8)**
1. пальпацию брюшной стенки
  2. клинический анализ крови
  3. пальцевое ректальное исследование
  4. ирригоскопию
  5. влагалищное исследование
65. ДЛЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА НЕ ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ: **(ПК-12)**
1. Ровзинга
  2. Воскресенского
  3. Мерфи
  4. Образцова
  5. Бартомье-Михельсона
66. ДЛЯ КЛИНИКИ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ИНФИЛЬТРАТА ХАРАКТЕРНЫМ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ: **(ПК-12)**
1. субфебрильной температуры
  2. симптома Ровзинга
  3. профузных поносов
  4. лейкоцитоза
  5. пальпируемого опухолевидного образования в правой подвздошной области
67. ДЛЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ: **(ПК-12)**
1. Мерфи
  2. Обуховской больницы
  3. многократная рвота
  4. локальная болезненность в правой подвздошной области

5. повышение температуры тела до 39-40С, многократный жидкий стул

68. СПЕЦИФИЧЕСКИМ ДЛЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМ:  
(ПК-14)

1. Кохера-Волковича
2. Ровзинга
3. Ситковского
4. все три симптома
5. ни один из них

69. ПОЯВЛЕНИЕ БОЛЕЙ В ПРАВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ ПРИ ТОЛЧКООБРАЗНОЙ ПАЛЬПАЦИИ СЛЕВА ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ АППЕНДИКУЛЯРНЫМ СИМПТОМОМ: (ПК-12)

1. Воскресенского
2. Ровзинга
3. Стковского
4. Бартомье-Михельсона
5. Образцова

70. ПЕРВИЧНО-ГАНГРЕНОЗНЫЙ АППЕНДИЦИТ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ У:  
(ОК-8)

1. детей
2. тяжелых больных
3. мужчин
4. женщин
5. пожилых больных

71. КЛИНИЧЕСКИ ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИНЯТ ЗА: (ПК-14)

1. сальпингит
2. острый холецистит
3. дивертикулит Меккеля
4. внематочную беременность
5. любую из этих видов патологии

72. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПЕРИТОНИТ, НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ БУДЕТ: (ПК-12)

1. лапароскопия
2. ультразвуковое исследование
3. рентгенография органов брюшной полости
4. колоноскопия
5. ректороманоскопия

73. В ПЕРВЫЕ 1-2 СУТОК МОЖЕТ НОСИТЬ АСЕПТИЧЕСКИЙ ХАРАКТЕР ПЕРИТОНИТ: (ПК-12)

1. при перфорации желчного пузыря
2. при повреждении тонкой кишки
3. при остром панкреатите
4. при повреждении толстой кишки
5. при деструктивном аппендиците

74. ОКРАШЕННАЯ ЖЕЛЧЬЮ ЖИДКОСТЬ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ В СЛУЧАЕ (ПК-12)

1. перфорации желчного пузыря
2. разрыва нагноившейся эхинококковой кисты печени
3. длительной механической желтухи
4. перфорации язвы 12-перстной кишки
5. спонтанного желчного перитонита

75. ОКРАШЕННЫЙ КРОВЬЮ ЭКССУДАТ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ В СЛУЧАЕ: (ПК-12)

1. туберкулезного перитонита
2. нарушения внематочной беременности
3. мезентериального тромбоза
4. острого панкреатита
5. перекрученной кисты яичника

76. ФИБРИНОЗНЫХ НАЛОЖЕНИЙ НА БРЮШИНЕ НЕ БЫВАЕТ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ: (ПК-12)

1. серозном
2. фибринозном
3. гнойном
4. серзно-фибринозном
5. каловом

77. ПРИ МЕЖКИШЕЧНОМ ФОРМИРУЮЩЕМСЯ АБСЦЕССЕ КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПОКАЗАНА: (ПК-14)

1. в стадии воспалительного инфильтрата
2. в стадии сформировавшегося абсцесса
3. при сообщении полости абсцесса с полостью полого органа
4. при прорыве абсцесса в свободную брюшную полость
5. при множественных абсцессах брюшной полости

78. ХАРАКТЕР БОЛЕЙ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ: (ПК-12)

1. схваткообразные
2. интенсивные с беспокойным поведением больного
3. постоянные, усиливающиеся при движении
4. резко интенсивные, не снимающиеся введением наркотиков
5. коликоподобные, сопровождающиеся тенезмами

79. ДЛЯ ПЕРИТОНИТА НЕ ХАРАКТЕРНО: (ПК-12)

1. тахикардия
2. сухой язык
3. напряжение мышц передней брюшной стенки
4. отсутствие перистальтики кишечника
5. диарея

80. ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ПЕРИТОНИТА ЯВЛЯЕТСЯ: (ПК-12)

1. рвота
2. диарея
3. кровавый стул
4. задержка стула и газов
5. напряжение мышц передней брюшной стенки

81. ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ МОЖЕТ ПРИМЕНЯТЬСЯ: **(ПК-14)**

1. экстренная операция
2. срочная операция
3. консервативная терапия и в дальнейшем плановая операция
4. только консервативная терапия
5. все перечисленное

82. ДЛЯ ОСТРОГО КАТАРАЛЬНОГО ХОЛЕЦИСТИТА НЕ ХАРАКТЕРНО: **(ПК-12)**

1. тошнота
2. симптом Захарьина
3. повышение температуры
4. напряжение мышц в правом подреберье
5. симптом Образцова

83. ПРОВОЦИРУЕТ ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ: **(ПК-12)**

1. тяжелая физическая работа
2. прием нестероидных противовоспалительных средств (НПВС)
3. переохлаждение
4. жирная, острая, жареная пища, алкоголь
5. прием антикоагулянтов

84. СИМПТОМ ГЕОРГИЕВСКОГО-МЮССИ ЭТО: **(ПК-12)**

1. болезненность при пальпации в правом подреберье
2. болезненность при надавливании в месте прикрепления правой кивательной мышцы к грудице
3. усиление болей на вдохе
4. безболезненная пальпация увеличенного желчного пузыря
5. болезненное поколачивание ребром ладони по правой реберной дуге

85. ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ МОЖЕТ НЕ ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ: **(ПК-12)**

1. пузырно-дуоденального свища
2. механической желтухи
3. острого холецистита
4. внутрибрюшного кровотечения
5. холангита

86. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА НЕ ОТНОСЯТ: **(ПК-12)**

1. варикозное расширение вен пищевода
2. механическую желтуху
3. холангит
4. подпеченочный абсцесс
5. перитонит

87. БОЛЬНЫМ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ НЕЛЬЗЯ НАЗНАЧАТЬ: **(ПК-14)**

1. антибиотики
2. голод
3. спазмолитики

4. морфин
5. холод

88. СИМПТОМ ОРТНЕРА-ГРЕКОВА ЭТО: **(ПК-12)**

1. болезненность при пальпации в правом подреберье
2. болезненность при надавливании в месте прикрепления правой кивательной мышцы к груди
3. усиление болей на вдохе
4. безболезненная пальпация увеличенного желчного пузыря
5. болезненное поколачивание ребром ладони по правой реберной дуге

89. ПРИСТУП ПЕЧЕНОЧНОЙ (ЖЕЛЧНОЙ) КОЛИКИ ВОЗНИКАЕТ: **(ПК-12)**

1. внезапно, остро
2. после продромального периода
3. исподволь, постепенно
4. после длительного голодания
5. после переохлаждения

90. СИМПТОМ ЗАХАРЬИНА ЭТО: **(ПК-12)**

1. болезненность при пальпации в правом подреберье
2. болезненность при надавливании в месте прикрепления правой кивательной мышцы к груди
3. усиление болей на вдохе
4. безболезненная пальпация увеличенного желчного пузыря
5. болезненное поколачивание ребром ладони по правой реберной дуге

91. ХАРАКТЕР БОЛЕЙ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ: **(ПК-12)**

1. схваткообразные
2. неопределенного характера
3. вызывающие беспокойство
4. сильные, постоянные
5. боль отсутствует

92. В РАЗВИТИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ГЛАВЕНСТВУЮЩАЯ РОЛЬ ПРИНАДЛЕЖИТ: **(ПК-12)**

1. микробной флоре
2. плазмоцитарной инфильтрации
3. микроциркуляторным нарушениям
4. аутоферментной агрессии
5. венозному стазу

93. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ ФОРМОЙ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА, ЯВЛЯЕТСЯ: **(ПК-12)**

1. отечный панкреатит
2. жировой панкреонекроз
3. геморрагический панкреонекроз
4. смешанный панкреонекроз
5. гнойный панкреатит

94. ПОПЕРЕЧНАЯ БОЛЕВАЯ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ В ПРОЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ НОСИТ НАЗВАНИЕ СИМПТОМА: **(ПК-12)**

1. Мейо - Робсона
2. Керте
3. Грея - Тернера
4. Мондора
5. Воскресенского

95. ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ: **(ПК-12)**

1. аденома  $\beta$ -клеток
2. камни поджелудочной железы
3. псевдокисты поджелудочной железы
4. склероз поджелудочной железы
5. кальцификация поджелудочной железы

96 . ВИЗУАЛЬНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ: **(ПК-12)**

1. Бонде
2. Мондора
3. Мейо-Робсона
4. Кулена
5. Грей-Тернера

97 . БОЛЕЗНЕННОСТЬ И РЕЗИСТЕНТНОСТЬ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ НА 5-6 СМ ВЫШЕ ПУПКА ПО СРЕДНЕЙ ЛИНИИ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ СИМПТОМОМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА: **(ПК-12)**

1. Керте
2. Коменчик
3. Кулена
4. Воскресенского
5. Грей-Тернера

98. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ У БОЛЬНОГО С РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ «НИШИ» НА ЗАДНЕЙ СТЕНКЕ ЛУКОВИЦЫ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ СТАЛИ ПРИ ПОЯВЛЕНИИ ОПОЯСЫВАЮЩЕЙ БОЛИ В ЖИВОТЕ И ДИАСТАЗУРИИ. **(ПК-14)**

1. стеноз
2. пенетрация
3. малигнизация
4. перфорация
5. острый панкреатит

99. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА МАЛИГНИЗАЦИЮ ЯЗВЫ ЯВЛЯЕТСЯ: **(ОК-8)**

1. УЗИ
2. гастродуоденоскопия с биопсией
3. анализ кала на скрытую кровь
4. R-скопия желудка
5. R-графия легких

100. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ СТЕНОЗА ЯЗВЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО: **(ПК-12)**

1. рвота пищей, съеденной накануне
2. рвота, приносящая облегчение
3. отрыжка с запахом тухлых яиц
4. тяжесть в животе после приема пищи
5. все вышеперечисленное

## Ответы на тестовые задания

1.2	28.3	55.5	82.4
2.2	29.2	56.2	83.3
3.3	30.5	57.4	84.4
4.1	31.1	58.5	85.2
5.5	32.4	59.3	86.2
6.2	33.2	60.3	87.1
7.3	34.1	61.4	88.4
8.2	35.2	62.5	89.3
9.2	36.3	63.2	90.2
10.2	37.1	64.1	91.4
11.2	38.5	65.2	92.1
12.2	39.3	66.3	93.2
13.5	40.5	67.4	94.4
14.1	41.3	68.5	95.5
15.3	42.5	69.3	96.3
16.1	43.2	70.2	97.2
17.5	44.4	71.4	98.2
18.3	45.5	72.1	99.1
19.4	46.3	73.2	100.
20.5	47.5	74.3	
21.3	48.3	75.4	
22.2	49.2	76.2	
23.3	50.3	77.5	
24.4	51.2	78.1	
25.4	52.5	79.2	
26.1	53.5	80.3	
27.3	54.3	81.5	

## Раздел «Акушерство»

**Выберите один правильный ответ.**

**1. ГРАНИЦА МАЛОГО КОСОГО РАЗМЕРА ГОЛОВКИ ЗРЕЛОГО ПЛОДА РАСПОЛАГАЕТСЯ НА ПРОТЯЖЕНИИ: (ПК-14, ОК-8)**

- 1) от верхушки темени до подъязычной области
- 2) от подзатылочной ямки до границы волосистой части лба
- 3) от подзатылочной ямки до переднего угла большого родничка
- 4) от подбородка до затылочного бугра
- 5) от надпереносья до затылочного бугра
- 6) от подзатылочной ямки до малого родничка

**2. ГРАНИЦА СРЕДНЕГО КОСОГО РАЗМЕРА ГОЛОВКИ ЗРЕЛОГО ПЛОДА РАСПОЛАГАЕТСЯ НА ПРОТЯЖЕНИИ: (ПК-14, ОК-8)**

- 1) от верхушки темени до подъязычной области
- 2) от подзатылочной ямки до границы волосистой части лба
- 3) от подзатылочной ямки до переднего угла большого родничка
- 4) от подбородка до затылочного бугра
- 5) от надпереносья до затылочного бугра
- 6) от подзатылочной ямки до малого родничка

**3. ГРАНИЦА БОЛЬШОГО КОСОГО РАЗМЕРА ГОЛОВКИ ЗРЕЛОГО ПЛОДА РАСПОЛАГАЕТСЯ НА ПРОТЯЖЕНИИ: (ПК-14, ОК-8)**

- 1) от верхушки темени до подъязычной области
- 2) от подзатылочной ямки до границы волосистой части лба
- 3) от подзатылочной ямки до переднего угла большого родничка
- 4) от подбородка до затылочного бугра
- 5) от надпереносья до затылочного бугра
- 6) от подзатылочной ямки до малого родничка
- 7) от надпереносья до подъязычной области

**4. ГРАНИЦА ВЕРТИКАЛЬНОГО РАЗМЕРА ГОЛОВКИ ЗРЕЛОГО ПЛОДА РАСПОЛАГАЕТСЯ НА ПРОТЯЖЕНИИ: (ПК-14, ОК-8)**

- 1) от верхушки темени до подъязычной области
- 2) от подзатылочной ямки до границы волосистой части лба
- 3) от подзатылочной ямки до переднего угла большого родничка
- 4) от подбородка до затылочного бугра
- 5) от надпереносья до затылочного бугра
- 6) от подзатылочной ямки до малого родничка

**5. ГРАНИЦА ПРЯМОГО РАЗМЕРА ГОЛОВКИ ЗРЕЛОГО ПЛОДА РАСПОЛАГАЕТСЯ НА ПРОТЯЖЕНИИ: (ПК-14, ОК-8)**

- 1) от верхушки темени до подъязычной области
- 2) от подзатылочной ямки до границы волосистой части лба
- 3) от подзатылочной ямки до переднего угла большого родничка
- 4) от подбородка до затылочного бугра
- 5) от надпереносья до затылочного бугра
- 6) от подзатылочной ямки до малого родничка
- 7) от надпереносья до подъязычной области

**6. ПОД ПОНЯТИЕМ «ПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА» ПОНИМАЮТ: (ПК-14, ОК-8)**

- 1) отношение крупной части плода ко входу в таз

- 2) отношение спинки плода к передней или задней стенки матки
- 3) отношение спинки плода к правой или левой стенке матки
- 4) отношение конечностей плода к туловищу
- 5) отношение продольной оси плода к продольной оси матки

7. ПОД ПОНЯТИЕМ «ПОЗИЦИЯ ПЛОДА» ПОНИМАЮТ: **(ПК-14, ОК-8)**

- 1) отношение крупной части плода ко входу в таз
- 2) отношение спинки плода к передней или задней стенки матки
- 3) отношение спинки плода к правой или левой стенке матки
- 4) отношение конечностей плода к туловищу
- 5) отношение продольной оси плода к оси матки

8. ПОД ПОНЯТИЕМ «ВИД ПЛОДА» ПОНИМАЮТ: **(ПК-14, ОК-8)**

- 1) отношение крупной части плода ко входу в таз
- 2) отношение спинки плода к передней или задней стенки матки
- 3) отношение спинки плода к правой или левой стенке матки
- 4) отношение конечностей плода к туловищу
- 5) отношение продольной оси плода к оси матки

9. ПОД ПОНЯТИЕМ «ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА» ПОНИМАЮТ: **(ПК-14, ОК-8)**

- 1) отношение крупной части плода ко входу в таз
- 2) отношение спинки плода к передней или задней стенки матки
- 3) отношение спинки плода к правой или левой стенке матки
- 4) отношение конечностей плода к туловищу
- 5) отношение продольной оси плода к оси матки

10. ПОД ПОНЯТИЕМ «ЧЛЕНОРАСПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА» ПОНИМАЮТ: **(ПК-14, ОК-8)**

- 1) отношение крупной части плода ко входу в таз
- 2) отношение спинки плода к передней или задней стенки матки
- 3) отношение спинки плода к правой или левой стенке матки
- 4) отношение мелких частей плода к туловищу
- 5) отношение продольной оси плода к оси матки

11. ЦЕЛЬ 1 ПРИЕМА ЛЕОПОЛЬДА-ЛЕВИЦКОГО – ОПРЕДЕЛИТЬ: **(ПК-14, ОК-8)**

- 1) отношение предлежащей части плода ко входу в таз
- 2) положение, позиция, вид плода
- 3) характер предлежащей части
- 4) уровень стояния дна матки и часть плода в дне матки

12. ЦЕЛЬ 2 ПРИЕМА ЛЕОПОЛЬДА-ЛЕВИЦКОГО – ОПРЕДЕЛИТЬ: **(ПК-14, ОК-8)**

- 1) отношение предлежащей части плода ко входу в таз
- 2) положение, позиция, вид плода
- 3) характер предлежащей части
- 4) уровень стояния дна матки и часть плода в дне матки

13. ЦЕЛЬ 3 ПРИЕМА ЛЕОПОЛЬДА-ЛЕВИЦКОГО – ОПРЕДЕЛИТЬ: **(ПК-14, ОК-8)**

- 1) отношение предлежащей части плода ко входу в таз
- 2) положение, позиция, вид плода
- 3) характер предлежащей части
- 4) уровень стояния дна матки и часть плода в дне матки

14. ЦЕЛЬ 4 ПРИЕМА ЛЕОПОЛЬДА-ЛЕВИЦКОГО – ОПРЕДЕЛИТЬ: **(ПК-14, ОК-8)**

- 1) отношение предлежащей части плода ко входу в таз
- 2) положение, позиция, вид плода
- 3) характер предлежащей части
- 4) уровень стояния дна матки и часть плода в дне матки

**15. ВЕДУЩАЯ ТОЧКА ЭТО: (ПК-14, ОК-8)**

- 1) точка, вокруг которой при прорезывании происходит вращение головки
- 2) точка на предлежащей части, которая определяется по проводной оси и первая рождается из половых путей

**16. ЕСЛИ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ГОЛОВКА ПЛОДА В ДНЕ МАТКИ, СПИНКА ОБРАЩЕНА ВЛЕВО, К ПЕРЕДИ, ТО ПОЛОЖЕНИЕ, ПОЗИЦИЯ, ВИД ПРИ РЕЗУЛЬТАТАХ ПАЛЬПАЦИИ БУДУТ: (ПК-14, ОК-8)**

- 1) положение плода продольное, головное предлежание, 1 позиция, передний вид
- 2) положение плода продольное, тазовое предлежание, 1 позиция, передний вид
- 3) положение плода поперечное, 1 позиция, передний вид
- 4) положение плода поперечное,
- 5) положение плода продольное, головное предлежание, 2 позиция, задний вид

**17. ЕСЛИ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ГОЛОВКА ПЛОДА СЛЕВА, ЯГОДИЦЫ СПРАВА, СПИНКА ОБРАЩЕНА К ПЕРЕДИ, ТО ПОЛОЖЕНИЕ, ПОЗИЦИЯ, ВИД ПРИ РЕЗУЛЬТАТАХ ПАЛЬПАЦИИ БУДУТ: (ПК-14, ОК-8)**

- 1) положение плода продольное, головное предлежание, 1 позиция, передний вид
- 2) положение плода продольное, тазовое предлежание, 1 позиция, передний вид
- 3) положение плода поперечное, 1 позиция, передний вид
- 4) положение плода поперечное,
- 5) положение плода косое

**18. ЕСЛИ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ГОЛОВКА ПЛОДА НАД ВХОДОМ В ТАЗ, СПИНКА ОБРАЩЕНА К ПЕРЕДИ, ВЛЕВО, ТО ПОЛОЖЕНИЕ, ПОЗИЦИЯ, ВИД ПРИ РЕЗУЛЬТАТАХ ПАЛЬПАЦИИ БУДУТ: (ПК-14, ОК-8)**

- 1) положение плода продольное, головное предлежание, 1 позиция, передний вид
- 2) положение плода продольное, тазовое предлежание, 1 позиция, передний вид
- 3) положение плода косое
- 4) положение плода поперечное,
- 5) положение плода продольное, головное предлежание, 2 позиция, задний вид

**19. ЕСЛИ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ГОЛОВКА ПЛОДА НАД ВХОДОМ В ТАЗ, СПИНКА ОБРАЩЕНА ВПРАВО, К ЗАДИ, ТО ПОЛОЖЕНИЕ, ПОЗИЦИЯ, ВИД ПРИ РЕЗУЛЬТАТАХ ПАЛЬПАЦИИ БУДУТ: (ПК-14, ОК-8)**

- 1) положение плода продольное, головное предлежание, 1 позиция, передний вид
- 2) положение плода косое
- 3) положение плода поперечное, 1 позиция, передний вид
- 4) положение плода поперечное,
- 5) положение плода продольное, головное предлежание, 2 позиция, задний вид

**20. ЕСЛИ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ГОЛОВКА ПЛОДА СПРАВА, ЯГОДИЦЫ СЛЕВА, СПИНКА ОБРАЩЕНА К ЗАДИ, ТО ПОЛОЖЕНИЕ, ПОЗИЦИЯ, ВИД ПРИ РЕЗУЛЬТАТАХ ПАЛЬПАЦИИ БУДУТ: (ПК-14, ОК-8)**

- 1) положение плода продольное, головное предлежание, 1 позиция, передний вид
- 2) положение плода продольное, тазовое предлежание, 1 позиция, передний вид
- 3) положение плода поперечное, 1 позиция, передний вид

- 4) положение плода поперечное, II позиция, задний вид
- 5) положение плода продольное, головное предлежание, 2 позиция, задний вид

21. ТОЧКА НАИЛУЧШЕГО ВЫСЛУШИВАНИЯ СЕРДЦЕБИЕНИЯ ПЛОДА, ПРИ СИТУАЦИИ: ГОЛОВНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ, 1-ая ПОЗИЦИЯ, ПЕРЕДНИЙ ВИД НАХОДИТСЯ: **(ПК-14, ОК-8)**

- 1) справа на боковой поверхности матки, выше пупка
- 2) слева, выше пупка
- 3) слева, на уровне пупка
- 4) слева, ниже пупка
- 5) справа, ниже пупка, на боковой поверхности матки

22. ТОЧКА НАИЛУЧШЕГО ВЫСЛУШИВАНИЯ СЕРДЦЕБИЕНИЯ ПЛОДА, ПРИ СИТУАЦИИ: ТАЗОВОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ, 2 ПОЗИЦИЯ, ЗАДНИЙ ВИД НАХОДИТСЯ: **(ПК-14, ОК-8)**

- 1) справа на боковой поверхности матки, выше пупка
- 2) слева, выше пупка
- 3) слева, на уровне пупка
- 4) слева, ниже пупка
- 5) справа, ниже пупка, на боковой поверхности матки

23. ТОЧКА НАИЛУЧШЕГО ВЫСЛУШИВАНИЯ СЕРДЦЕБИЕНИЯ ПЛОДА, ПРИ СИТУАЦИИ: ГОЛОВНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ, 2 ПОЗИЦИЯ, ЗАДНИЙ ВИД НАХОДИТСЯ: **(ПК-14, ОК-8)**

- 1) справа на боковой поверхности матки, выше пупка
- 2) слева, выше пупка
- 3) слева, на уровне пупка
- 4) слева, ниже пупка
- 5) справа, ниже пупка, на боковой поверхности матки

24. ТОЧКА НАИЛУЧШЕГО ВЫСЛУШИВАНИЯ СЕРДЦЕБИЕНИЯ ПЛОДА, ПРИ СИТУАЦИИ: ПОПЕРЕЧНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ, 1 ПОЗИЦИЯ НАХОДИТСЯ: **(ПК-14, ОК-8)**

- 1) справа на боковой поверхности матки, выше пупка
- 2) слева, выше пупка
- 3) слева, на уровне пупка
- 4) слева, ниже пупка
- 5) справа, ниже пупка, на боковой поверхности матки

25. ТОЧКА НАИЛУЧШЕГО ВЫСЛУШИВАНИЯ СЕРДЦЕБИЕНИЯ ПЛОДА, ПРИ СИТУАЦИИ: ТАЗОВОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ, 1 ПОЗИЦИЯ, ПЕРЕДНИЙ ВИД НАХОДИТСЯ: **(ПК-14, ОК-8)**

- 1) справа на боковой поверхности матки, выше пупка
- 2) слева, выше пупка
- 3) слева, на уровне пупка
- 4) слева, ниже пупка
- 5) справа ниже пупка

26. ВЕДУЩАЯ ТОЧКА ПРИ ПЕРЕДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ: **(ПК-14, ОК-8)**

- 1) малый родничок
- 2) большой родничок
- 3) середина между большим и малым родничком

27. ВЕДУЩАЯ ТОЧКА ПРИ ЗАДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ: (ПК-14, ОК-8)

- 1) малый родничок
- 2) большой родничок
- 3) середина между большим и малым родничком

28. ПЕРВЫЙ МОМЕНТ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ПЕРЕДНЕМ ВИДЕ ЭТО: (ПК-14, ОК-8)

- 1) внутренний поворот головки
- 2) вставление головки во вход в малый таз
- 3) внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки
- 4) разгибание головки
- 5) сгибание головки

29. ТРЕТИЙ МОМЕНТ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ПЕРЕДНЕМ ВИДЕ ЭТО: (ПК-14, ОК-8)

- 1) внутренний поворот головки
- 2) вставление головки во вход в малый таз
- 3) внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки
- 4) разгибание головки
- 5) сгибание головки

30. ЧЕТВЕРТЫЙ МОМЕНТ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ПЕРЕДНЕМ ВИДЕ ЭТО (ПК-14, ОК-8)

- 1) внутренний поворот головки
- 2) вставление головки во вход в малый таз
- 3) внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки
- 4) разгибание головки
- 5) сгибание головки

31. ПЯТЫЙ МОМЕНТ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ПЕРЕДНЕМ ВИДЕ ЭТО: (ПК-14, ОК-8)

- 1) внутренний поворот головки
- 2) вставление головки во вход в малый таз
- 3) внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки
- 4) разгибание головки
- 5) сгибание головки

32. ПЕРВЫЙ МОМЕНТ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ЗАДНЕМ ВИДЕ ЭТО: (ПК-14, ОК-8)

- 1) внутренний поворот головки
- 2) вставление головки во вход в малый таз
- 3) внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки
- 4) разгибание головки
- 5) сгибание головки
- 6) дополнительное сгибание головки

33. ТРЕТИЙ МОМЕНТ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ЗАДНЕМ ВИДЕ ЭТО: (ПК-14, ОК-8)

- 1) внутренний поворот головки
- 2) вставление головки во вход в малый таз
- 3) внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки

- 4) разгибание головки
- 5) сгибание головки
- 6) дополнительное сгибание головки

34. ЧЕТВЕРТЫЙ МОМЕНТ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ЗАДНЕМ ВИДЕ ЭТО: **(ПК-14, ОК-8)**

- 1) внутренний поворот головки
- 2) вставление головки во вход в малый таз
- 3) внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки
- 4) разгибание головки
- 5) сгибание головки
- 6) дополнительное сгибание головки

35. ПЯТЫЙ МОМЕНТ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ЗАДНЕМ ВИДЕ ЭТО: **(ПК-14, ОК-8)**

- 1) внутренний поворот головки
- 2) вставление головки во вход в малый таз
- 3) внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки
- 4) разгибание головки
- 5) сгибание головки

36. ХАРАКТЕРИСТИКА СЕРДЦЕБИЕНИЯ И БАЗАЛЬНОГО РИТМА ПЛОДА В НОРМЕ РАВНА: **(ПК-14, ОК-8)**

- 1) 150 уд/мин, аритмичное, приглушенное
- 2) 136 уд/мин, ясное, ритмичное
- 3) 124 уд/мин, ясное, аритмичное
- 4) 110 уд/мин, ясное, ритмичное
- 5) 90 уд/мин, ясное, ритмичное

37. ПОНЯТИЕ ДОНОШЕННОГО ПЛОДА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО: **(ПК-14, ОК-8)**

- 1) состоянию сердечной деятельности плода
- 2) массе тела новорожденного более 2.0 кг
- 3) сроку гестации и массе плода
- 4) признакам физического развития плода

38. ОСНОВНОЙ КРИТЕРИЙ ЗРЕЛОСТИ ПЛОДА: **(ПК-14, ОК-8)**

- 1) длина плода 50 см и более
- 2) масса более 2000 г
- 3) срок беременности 37 нед.
- 4) частота сердцебиения плода 120-140 уд/мин
- 5) оценка по шкале Апгар 8/10 баллов

39. ШЕСТОЙ МОМЕНТ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ЗАДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ: **(ПК-14, ОК-8)**

- 1) внутренний поворот головки
- 2) вставление головки во вход в малый таз
- 3) внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки плода
- 4) разгибание головки
- 5) сгибание головки
- 6) дополнительное сгибание головки

40. ПЯТЫЙ МОМЕНТ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ЗАДНЕМ ВИДЕ: **(ПК-14, ОК-8)**

- 1) внутренний поворот головки
- 2) вставление головки во вход в малый таз
- 3) внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки
- 4) разгибание головки
- 5) сгибание головки
- 6) дополнительное сгибание головки

**41. ПЛОСКОСТЬ ВХОДА В МАЛЫЙ ТАЗ ОГРАНИЧЕНА: (ПК-14, ОК-8)**

- 1) верхним краем лона, серединой вертлужной впадины, сочленением 2 и 3 крестцовых позвонков
- 2) верхним краем лона, безымянными линиями, верхушкой мыса
- 3) серединой внутренней поверхности лона, безымянными линиями, верхушкой мыса
- 4) нижним краем лонного сочленения, безымянными линиями, верхушкой мыса
- 5) нижним краем лонного сочленения, сочленением 2 и 3 крестцовых позвонков

**42. ПЛОСКОСТЬ ШИРОКОЙ ЧАСТИ МАЛОГО ТАЗА ОГРАНИЧЕНА: (ПК-14, ОК-8)**

- 1) верхним краем лонного сочленения, безымянными линиями, верхушкой мыса
- 2) нижним краем лона, безымянными линиями, верхушкой мыса
- 3) серединой внутренней поверхности лона, серединой вертлужных впадин, сочленением 2 и 3 крестцовых позвонков.
- 4) серединой внутренней поверхности лона, седалищными остями, сочленением 2 и 3 крестцовых позвонков
- 5) нижним краем лонного сочленения, сочленением 2 и 3 крестцовых позвонков

**43. ПЛОСКОСТЬ УЗКОЙ ЧАСТИ ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА ОГРАНИЧЕНА: (ПК-14, ОК-8)**

- 1) нижним краем лонного сочленения, безымянными линиями, верхушкой крестца
- 2) нижним краем лонного сочленения, седалищными остями, крестцово-копчиковым сочленением
- 3) серединой внутренней поверхности лона, седалищными остями, сочленением 2 и 3 крестцовых позвонков
- 4) серединой внутренней поверхности лона, серединой вертлужных впадин, сочленением между 2 и 3 крестцовыми позвонками
- 5) нижним краем лонного сочленения, сочленением 2 и 3 крестцовых позвонков

**44. ПЛОСКОСТЬ ВЫХОДА МАЛОГО ТАЗА ОГРАНИЧЕНА: (ПК-14, ОК-8)**

- 1) нижним краем лонного сочленения, седалищными буграми, верхушкой копчика
- 2) нижним краем лонного сочленения, седалищными остями, крестцово-копчиковым сочленением
- 3) нижним краем лона, седалищными буграми, крестцово-копчиковым сочленением
- 4) нижним краем лонного сочленения, безымянными линиями, верхушкой копчика
- 5) нижним краем лонного сочленения, сочленением 2 и 3 крестцовых позвонков

**45. ИСТИННАЯ КОНЪЮГАТА: (ПК-14)**

- 1) расстояние между нижним краем лона и выдающейся точкой мыса
- 2) равняется в норме 13 см
- 3) расстояние между верхним краем лона и мысом
- 4) равняется в норме 10 см
- 5) точка на предлежащей части, которая определяется по проводной оси и первая рождается из половых путей

**46. ВЕДУЩАЯ ТОЧКА ЭТО: (ПК-14, ОК-8)**

- 1) точка, вокруг которой при прорезывании происходит вращение головки
- 2) точка на предлежащей части, которая определяется по проводной оси и первая рождается из половых путей
- 3) кости таза тонкие, гладкие
- 4) лонный симфиз короткий и широкий
- 5) равняется в норме 10 см

**47. ТОЧКА ФИКСАЦИИ: (ПК-14, ОК-8)**

- 1) точка, вокруг которой при прорезывании происходит вращение головки
- 2) точка на предлежащей части, которая определяется по проводной оси и первая рождается из половых путей
- 3) кости таза тонкие, гладкие
- 4) лонный симфиз короткий и широкий
- 5) равняется в норме 10 см

**48. ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНСКОГО ТАЗА: (ПК-14, ОК-8)**

- 1) широкий лонный угол ( 90-100 градусов)
- 2) полость таза воронкообразно сужается книзу
- 3) кости таза тонкие, гладкие
- 4) лонный симфиз короткий и широкий
- 5) верно 1, 3, 4

**49. ПРИЗНАКИ НЕЗРЕЛОГО ПЛОДА(ВСЕ КРОМЕ): (ПК-14, ОК-8)**

- 1) масса тела ниже 2500 г и длина менее 45 см
- 2) пупочное кольцо на середине между пупком и мечевидным отростком
- 3) у мальчиков яички не опущены в мошонку
- 4) подкожный жир развит слабо
- 5) ушные и носовые хрящи мягкие

**50. ВЕДУЩАЯ ТОЧКА ЭТО: (ПК-14, ОК-8)**

- 1) точка, вокруг которой при прорезывании происходит вращение головки
- 2) точка на предлежащей части, которая определяется по проводной оси и первая рождается из половых путей
- 3) расстояние между верхним краем лона и мысом
- 4) равняется в норме 10 см
- 5) точка на предлежащей части, которая определяется по проводной оси и первая рождается из половых путей

**51. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ РОДОВ У ПЕРВОРОДЯЩИХ: (ПК-14, ОК-8)**

- 1) от 10 до 18 часов
- 2) от 6 до 4 часов
- 3) от 4 до 2 часов
- 4) от 8 до 6 часов
- 5) от 2 до 4 часов

**52. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ РОДОВ У ПОВТОРНОРОДЯЩИХ: (ПК-14, ОК-8)**

- 1) от 8 до 10 ч
- 2) от 6 до 8 ч
- 3) от 4 до 6 ч
- 4) от 2 до 4 ч
- 5) от 10 до 18 часов

**53. ОБЪЕКТИВНЫЙ КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ПЕРВОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ: (ПК-14, ОК-8)**

- 1) характер схваток
- 2) динамика раскрытия шейки матки
- 3) продвижение плода по родовому каналу
- 4) опускание головки
- 5) наличие сердцебиения плода

**54. СКОРОСТЬ РАСКРЫТИЯ МАТОЧНОГО ЗЕВА У ПЕРВОРОДЯЩИХ: (ПК-14, ОК-8)**

- 1) 1 см в 1 час
- 2) 2 см в 1 час
- 3) 3 см в 1 час
- 4) 0.5 см в 1 час
- 5) 5 см в 1 час

**55. СКОРОСТЬ РАСКРЫТИЯ МАТОЧНОГО ЗЕВА У ПОВТОРНОРОДЯЩИХ: (ПК-14, ОК-8)**

- 1) 1 см в 1 час
- 2) 2 см в 1 час
- 3) 3 см в 1 час
- 4) 0.5 см в 1 час
- 5) 5 см в 1 час

**56. СИЛЬНЫЕ И ДЛИТЕЛЬНЫЕ С КОРОТКИМИ ИНТЕРВАЛАМИ СХВАТКИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ: (ПК-14, ОК-8)**

- 1) дискоординированной родовой деятельности
- 2) чрезмерной родовой деятельности
- 3) слабости родовой деятельности
- 4) разрыва матки
- 5) гибели плода

**57. РАСКРЫТИЕ ШЕЙКИ МАТКИ ПРОИСХОДИТ В РЕЗУЛЬТАТЕ: (ПК-14, ОК-8)**

- 1) сокращение мышцы матки в области дна
- 2) сокращения мышцы матки в области нижнего сегмента
- 3) дистракции нижнего сегмента
- 4) ретракции мышечных волокон тела матки
- 5) контракции, ретракции и дистракции мышечных волокон тела матки, нижнего сегмента и шейки матки

**58. СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У ПОВТОРНОРОДЯЩИХ В РОДАХ НАЧИНАЮТСЯ С: (ПК-14, ОК-8)**

- 1) с области наружного зева
- 2) с области внутреннего зева
- 3) раскрытие шейки матки происходит одновременно с ее сглаживанием
- 4) сглаживанию шейки матки предшествует ее раскрытию
- 5) раскрытие шейки матки предшествует ее сглаживанию

**59. ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ВО ВТОРОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ ЯВЛЯЕТСЯ: (ПК-14, ОК-8)**

- 1) скорость сглаживания шейки матки
- 2) скорость раскрытия маточного зева
- 3) отхождение околоплодных вод

- 4) продвижение плода по родовому каналу
- 5) икота плода

60. ДОПУСТИМАЯ КРОВОПОТЕРЯ В РОДАХ: (ПК-14, ОК-8)

- 1) 450 мл
- 2) 500 мл
- 3) 250 мл
- 4) 0.5% от массы тела беременной
- 5) 1000мл

61. ПРОФИЛАКТИКА ОФТАЛЬМОБЛЕНОРИИ ПРОВОДИТСЯ: (ПК-14, ОК-8)

- 1) раствором 2% нитрата серебра
- 2) раствором 1% нитрата серебра
- 3) тетрациклиновой мазью
- 4) раствором фурацилина
- 5) раствором 5% нитрата серебра

62. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЕ ГИПОТЕНЗИВНОЕ СРЕДСТВО В РОДАХ: (ПК-14, ОК-8)

- 1) внутривенное введение сернокислой магнезии
- 2) внутримышечное и внутривенное введение спазмолитиков
- 3) внутримышечное введение раствора аминазина
- 4) внутривенное введение раствора эуфиллина
- 5) кокарбоксилаза

63. ОСЛОЖНЕНИЯМИ В I ПЕРИОДЕ РОДОВ ЯВЛЯЮТСЯ: (ПК-14, ОК-8)

- 1) верно 3, 4, 5
- 2) преждевременное излитие околоплодных вод
- 3) слабость родовой деятельности
- 4) внутриутробная гипоксия плода
- 5) разрыв шейки матки

64. ОСЛОЖНЕНИЯМИ ВО 2 ПЕРИОДЕ РОДОВ ЯВЛЯЮТСЯ: (ПК-14, ОК-8)

- 1) разрыв промежности, слабость потуг, родовая травма плода, внутриутробная асфиксия плода
- 2) разрыв шейки матки
- 3) разрыв промежности
- 4) слабость родовой деятельности
- 5) родовая травма плода

65. ДЛЯ ЗРЕЛОЙ ШЕЙКИ МАТКИ НЕ ХАРАКТЕРНО: (ПК-14, ОК-8)

- 1) мягкая консистенция
- 2) расположение шейки матки по проводной оси таза
- 3) цервикальный канал непроходим для исследующего пальца
- 4) цервикальный канал свободно проходим для 1 п/п
- 5) длина шейки матки 1.5 см

66. ДЛЯ НЕЗРЕЛОЙ ШЕЙКИ МАТКИ НЕ ХАРАКТЕРНО: (ПК-14, ОК-8)

- 1) плотная консистенция
- 2) расположение шейки матки по проводной оси таза
- 3) шейка матки отклонена к лону или к крестцу
- 4) цервикальный канал закрыт

5) длина шейки матки 3 см

67. ПРЕДВЕСТНИКИ РОДОВ ВКЛЮЧАЮТ: **(ПК-14, ОК-8)**

- 1) выделение из влагалища слизистой пробки и нерегулярные безболезненные схватки
- 2) схваткообразные боли внизу живота
- 3) отхождение околоплодных вод
- 4) кровотечение
- 5) потуги

68. ПРЕЛИМИНАРНЫЙ ПЕРИОД РОДОВ ВКЛЮЧАЕТ: **(ПК-14, ОК-8)**

- 1) наличие нерегулярных безболезненных сокращений матки
- 2) наличие нерегулярных болезненных сокращений матки
- 3) отсутствие структурных изменений шейки матки
- 4) кровотечение
- 5) потуги

69. ВЛАГАЛИЩНОЕ АКУШЕРСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НЕ ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ: **(ПК-14, ОК-8)**

- 1) состояние родовых путей и целостность плодного пузыря
- 2) динамику раскрытия шейки матки во время родов
- 3) динамику продвижения предлежащей части по родовому каналу
- 4) массу плода
- 5) наличие родничков

70. СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У ПЕРВОРОДЯЩИХ В РОДАХ НАЧИНАЮТСЯ: **(ПК-14, ОК-8)**

- 1) с области наружного зева
- 2) с внутреннего зева
- 3) одновременно с наружного и внутреннего зева шейки матки
- 4) раскрытие шейки матки предшествует ее сглаживанию
- 5) с потуг

71. В ПЕРВОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ НЕ ПРОИСХОДИТ: **(ПК-14, ОК-8)**

- 1) укорочение шейки матки
- 2) сглаживание шейки матки
- 3) отхождение околоплодных вод
- 4) врезывание головки
- 5) уменьшение шевелений плода

72. НАЗОВИТЕ ОСНОВНОЙ МЕТОД ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ВНУТРИУТРОБНОГО ПЛОДА В РОДАХ: **(ПК-14, ОК-8)**

- 1) частота и сила сердечных сокращений плода
- 2) кардиотокография
- 3) частота шевелений плода
- 4) характер околоплодных вод
- 5) оценка родовой деятельности

73. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЕ ПЛОДА ПО ШКАЛЕ АПГАР НЕ ВКЛЮЧАЕТ: **(ПК-14, ОК-8)**

- 1) частоту сердечных сокращений
- 2) мышечный тонус и состояние нервных рефлексов
- 3) характер дыхания
- 4) цвет кожных покровов

5) массу и длину плода

74. ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЕ СХВАТКИ ОТЛИЧАЮТСЯ ОТ РОДОВЫХ, ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ, (ПК-14, ОК-8)

- 1) нерегулярностью и редкими интервалами
- 2) отсутствием увеличения амплитуды
- 3) безболезненностью
- 4) структурными изменениями шейки матки
- 5) всем перечисленным

75. ПЕРВЫЙ ПЕРИОД ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РОДОВ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ ВСЕГДА (ПК-14, ОК-8)

- 1) полным раскрытием шейки матки
- 2) возникновением потуг
- 3) излитием околоплодных вод
- 4) через 6-8 ч от начала регулярных схваток
- 5) всем перечисленным

76. ПОТУГИ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РОДАХ НАЧИНАЮТСЯ, КОГДА (ПК-14, ОК-8)

- 1) головка плода вставилась большим сегментом во входе в малый таз
- 2) произошло полное раскрытие шейки матки
- 3) головка плода установилась на тазовом дне
- 4) головка плода вставилась малым сегментом во входе в малый таз
- 5) произошло полное раскрытие шейки матки и головка плода установилась на тазовом дне

77. ОСНОВНЫМИ МЕХАНИЗМАМИ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ И ВЫДЕЛЕНИЯ ПОСЛЕДА ЯВЛЯЮТСЯ(ПК-14, ОК-8)

- 1) возрастание внутриматочного давления
- 2) уменьшение объема матки и размеров плацентарной площади
- 3) ретракция и контракция миометрия
- 4) все перечисленное
- 5) ничего из перечисленного

78. ПОПЫТКА ВЫДЕЛИТЬ НЕОТДЕЛИВШУЮСЯ ПЛАЦЕНТУ, КАК ПРАВИЛО, ПРИВОДИТ(ПК-14, ОК-8)

- 1) к ущемлению последа
- 2) к кровотечению
- 3) к вывороту матки
- 4) ко всему перечисленному
- 5) ни к чему из перечисленного

79. ПОКАЗАНИЕМ К РАССЕЧЕНИЮ ПРОМЕЖНОСТИ В РОДАХ ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-14, ОК-8)

- 1) угроза разрыва промежности
- 2) крупный плод
- 3) все перечисленное
- 4) преждевременные роды (маленький плод)
- 5) тазовое предлежание плода

80. НОРМАЛЬНАЯ СОКРАТИТЕЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МАТКИ В РОДАХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ (ПК-14, ОК-8)

- 1) значительным повышением базального тонуса матки
- 2) гипертонусом нижнего сегмента матки
- 3) смещением "водителя ритма" (пейсмежер) с дна на тело матки
- 4) расслаблением продольных гладкомышечных пучков при интенсивном сокращении поперечных волокон

81. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ТРЕТЬЕГО ПЕРИОДА РОДОВ НЕ ЗАВИСИТ ОТ: **(ПК-14, ОК-8)**

- 1) длительности родов
- 2) размеров новорожденного
- 3) отягощенности акушерского анамнеза
- 4) состояния новорожденного
- 5) длительности безводного периода

82. ПРИЗНАКИ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ ВКЛЮЧАЮТ ПРИЗНАКИ: **(ПК-14, ОК-8)**

- 1) Шредера
- 2) Альфельда
- 3) Чукалова – Кюстнера
- 4) Шредера, Альфельда, Чукалова – Кюстнера
- 5) Гегара

83. ПРИЗНАК ШРЕДЕРА ПРОЯВЛЯЕТСЯ ОТКЛОНЕНИЕМ МАТКИ: **(ПК-14, ОК-8)**

- 1) вправо и ниже пупка
- 2) вправо и выше пупка
- 3) влево и ниже пупка
- 4) влево и выше пупка
- 5) назад

84. ПРИЗНАК АЛЬФЕЛЬДА ПРОЯВЛЯЕТСЯ: **(ПК-14, ОК-8)**

- 1) удлинением наружного отрезка пуповины
- 2) втягиванием пуповины во влагалище на вдохе
- 3) уплощением матки и отклонением ее дна вправо
- 4) появлением кровянистых выделений из влагалища
- 5) отхождением вод

85. ВЫДЕЛЕНИЕ ИЗ МАТКИ НЕОТДЕЛИВШЕГОСЯ ПОСЛЕДА ПРОВОДИТСЯ МЕТОДОМ: **(ПК-14, ОК-8)**

- 1) Абуладзе
- 2) Гентера
- 3) Креде – Лазаревича
- 4) потягивания за пуповину
- 5) ручного отделения и выделения последа

86. ПРИЕМ КРЕДЕ – ЛАЗАРЕВИЧА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ: **(ПК-14, ОК-8)**

- 1) выделения неотделившегося последа
- 2) выделения отделившегося последа
- 3) отделения плаценты наружным приемом
- 4) отделения плаценты внутренним приемом
- 5) подготовки к кесаревому сечению

87. ПОСЛЕ ПОЯВЛЕНИЯ ПРИЗНАКОВ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ ПРИСТУПАТЬ К ВЫДЕЛЕНИЮ ОТДЕЛИВШЕГОСЯ ПОСЛЕДА НЕОБХОДИМО: **(ПК-14, ОК-8)**

- 1) сразу после появления признаков

- 2) через 5 мин
- 3) через 10 мин
- 4) через 20 мин
- 5) через 30 мин

88. ПРЕПАРАТ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЕМЫЙ В МОМЕНТ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ГОЛОВКИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ В РОДАХ: **(ПК-14, ОК-8)**

- 1) окситоцин
- 2) метилэргометрин
- 3) хинин
- 4) эрготал
- 5) простенон

89. ПЕРИНЕОТОМИЯ ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ: **(ПК-14, ОК-8)**

- 1) разрыва мышц промежности
- 2) травмы копчика
- 3) последового и раннего послеродового кровотечения
- 4) развития ректоцеле и цистоцеле
- 5) разрыва матки

90. ПРИ ПЕРИНЕОТОМИИ НЕ РАССЕКАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ МЫШЦЫ ТАЗОВОГО ДНА: **(ПК-14, ОК-8)**

- 1) мышцы наружного слоя
- 2) мочеполовая диафрагма
- 3) мышца, поднимающая задний проход
- 4) мышца, сжимающая заднепроходное отверстие

91. ПРИЗНАКОМ ЗРЕЛОСТИ НОВОРОЖДЕННОГО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ: **(ПК-14, ОК-8)**

- 1) величина отношения массы тела к длине тела
- 2) расположение пупочного кольца
- 3) состояние наружных половых органов
- 4) количество сыровидной смазки
- 5) цианоз кожных покровов

92. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО ПО ШКАЛЕ АПГАР НЕ ВКЛЮЧАЕТ: **(ПК-14, ОК-8)**

- 1) частоту сердцебиения
- 2) частоту дыхания
- 3) состояние зрачков
- 4) мышечный тонус
- 5) цвет кожных покровов

93. МЕКОНИЙ ПРИСУТСТВУЕТ У НОВОРОЖДЕННОГО В ПЕРВЫЕ: **(ПК-14, ОК-8)**

- 1) 1–2 дня
- 2) 2–3 дня
- 3) 4–5 дней
- 4) 6–7 дней
- 5) 7–8 дней

94. ЧАСТОТА СЕРДЦЕБИЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННОГО: **(ПК-14, ОК-8)**

- 1) 80–100 уд/мин
- 2) 100–120 уд/мин
- 3) 120–160 уд/мин

4) 160–180 уд/мин

95. ВЕЛИЧИНА ГЕМОГЛОБИНА У НОВОРОЖДЕННОГО: **(ПК-14, ОК-8)**

- 1) 80–100 г/л
- 2) 100–120 г/л
- 3) 120–140 г/л
- 4) 140–160 г/л
- 5) 160–180 г/л

96. ПРОФИЛАКТИКА ОФТАЛЬМОБЛЕНОРЕИ ПРОВОДИТСЯ: **(ПК-14, ОК-8)**

- 1) 2% раствором нитрата серебра
- 2) 3% раствором нитрата серебра
- 3) 20% раствором альбуцид-натрия
- 4) тетрациклиновой мазью
- 5) раствором фурацилина

97. ГРУППУ РИСКА ПО ПАТОЛОГИЧЕСКОМУ ТЕЧЕНИЮ РОДОВ СОСТАВЛЯЮТ БЕРЕМЕННЫЕ: **(ПК-14, ОК-8)**

- 1) с отягощенным соматическим и акушерско-гинекологическим анамнезом
- 2) при наличии крупного плода, многоводия и многоплодия
- 3) с осложненным течением беременности
- 4) при наличии рубца на матке
- 5) со всеми перечисленными осложнениями

98. ГИПОКСИЮ ВНУТРИУТРОБНОГО ПЛОДА ЧАЩЕ ВСЕГО В РОДАХ ВЫЗЫВАЮТ: **(ПК-14, ОК-8)**

- 1) перенесенная беременность
- 2) обвитие пуповины
- 3) узкий таз
- 4) аномалии родовой деятельности
- 5) порок сердца у матери

99. Оценка новорожденного По Шкале Апгар НЕ Включает Следующие Показатели: **(ПК-14, ОК-8)**

- 1) сердцебиение
- 2) масса и длина плода
- 3) окраска кожных покровов
- 4) состояние рефлексов
- 5) дыхание

100. КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ГИПОКСИИ ПЛОДА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЧАЩЕ ВСЕГО: **(ПК-14, ОК-8)**

- 1) шевеления плода сильные
- 2) шевеления плода слабые
- 3) сердцебиение плода не учащается во время его шевелений
- 4) сердцебиение плода учащается во время его шевелений
- 5) отсутствие сердцебиения плода

## Эталоны ответовк тестовым заданиям

01-5	02-3	03-2	04-1	05-4
06- 1	07- 1	08- 5	09- 1	10- 4
11- 3	12- 5	13- 1	14- 6	15-4
16- 2	17- 3	18- 4	19- 2	20-3
21- 2	22- 1	23- 3	24- 4	25- 4
26- 2	27- 2	28- 1	29- 4	30- 2
31- 3	32- 4	33- 4	34- 1	35- 1
36- 2	37- 4	38- 3	39- 1	40- 1
41- 1	42- 1	43- 5	44- 5	45- 4
46- 2	47-3	48- 4	49- 5	50- 1
51- 4	52- 1	53- 1	54- 2	55- 2
56-4	57- 4	58- 5	59- 4	60- 1
61- 5	62 - 5	63- 1	64- 5	65-4
66-3	67- 4	68- 1	69- 5	70- 4
71-5	72- 3	73- 1	74- 2	75- 3
76- 3	77- 5	78- 4	79- 2	80- 5
81- 5	82- 2	83- 1	84- 5	85- 5
86- 5	87- 5	88- 5	89- 5	90-5
91- 5	92- 4	93- 4	94- 3	95- 4
96- 3	97- 5	98 - 5	99-1	100-1

**Контрольные вопросы по производственной практике  
«Клиническая (помощник врача лечебно-профилактического учреждения)»  
для промежуточной аттестации студентов 4 курса медико-профилактического  
факультета по специальности 32.05.01 "Медико-профилактическое дело"**

***Раздел «Терапия»***

1. Составьте план обследования пациента с инфарктом миокарда. (ОК-7, ПК-14, ПК-18, ПК-22)
2. ЭКГ-диагностика инфаркта миокарда. (ПК-14, ПК-22)
3. Тактика ведения пациента с острым коронарным синдромом. (ОПК-4, ОПК-7, ПК-14)
4. Первая врачебная помощь при инфаркте миокарда. (ПК-14)
5. Купирование кардиогенного шока. (ПК-14)
6. Купирование отёка лёгких. (ПК-14)
7. Составьте план обследования пациента со стабильной и нестабильной стенокардией. (ОК-7, ПК-14, ПК-18, ПК-22)
8. Тактика ведения пациента со стабильной и нестабильной стенокардией напряжения. (ОПК-4, ПК-18, ПК-22)
9. Составьте план обследования пациента с артериальной гипертензией. (ОК-7, ПК-14, ПК-18, ПК-22)
10. Определение стадии артериальной гипертензии и степени риска сердечно-сосудистых осложнений. (ОК-7, ПК-18, ПК-22)
11. Определите тактику ведения пациента с артериальной гипертензией. (ОПК-7, ОПК-4, ПК-22)
12. Купирование гипертонического криза. (ПК-14)
13. Принципы диагностики хронической сердечной недостаточности. (ОК-7, ПК-14, ПК-18, ПК-22)
14. Инфекционный эндокардит: этиология, патогенез, наиболее вероятные возбудители в группах риска. (ОК-7, ПК-14, ПК-18, ПК-22)
15. Тактика ведения пациента с инфекционным эндокардитом. Особенности забора крови для бактериологического исследования. (ОПК-4, ПК-18, ПК-22)
16. Острая ревматическая лихорадка: этиология, факторы патогенности возбудителя. (ОК-7, ПК-14, ПК-18, ПК-22)
17. Тактика ведения пациента с острой ревматической лихорадкой. (ОПК-4, ПК-18, ПК-22)
18. Первичная и вторичная профилактика ревматизма. (ПК-18, ПК-22)
19. Оценка тяжести пневмонии. (ОК-7, ПК-18, ПК-22)
20. Тактика ведения пациента с пневмонией. (ОПК-4, ПК-18, ПК-22)
21. Бронхиальная астма: эпидемиология, классификация, патогенез, факторы риска. (ОК-7, ПК-14, ПК-18, ПК-22)
22. Составьте план обследования пациента с бронхиальной астмой. (ОК-7, ПК-14, ПК-18, ПК-22)
23. Тактика ведения пациента с бронхиальной астмой. (ОПК-4, ПК-18, ПК-22)
24. Напишите лист назначений для купирования астматического статуса. (ПК-14)
25. Составьте план обследования пациента с хронической обструктивной болезнью лёгких. (ОК-7, ПК-14, ПК-18, ПК-22)
26. Тактика ведения пациента с хронической обструктивной болезнью лёгких. (ОПК-4, ПК-18, ПК-22)
27. Составьте план обследования пациента с хроническим гастритом. (ОК-7, ПК-14, ПК-18, ПК-22)
28. Составьте план обследования пациента с язвенной болезнью желудка. (ОК-7, ПК-14,

**ПК-18, ПК-22)**

29. Тактика ведения пациента с язвенной болезнью желудка. Схемы эрадикационной терапии *H. pylori*. (ОПК-4, ПК-18, ПК-22)

30. Осложнения язвенной болезни желудка: классификация, клиническая картина. Оказание первой врачебной помощи на догоспитальном этапе при ЖКК. (ОК-7, ОПК-7, ПК-14, ПК-22)

31. Составьте план обследования пациента с хроническим холециститом. (ОК-7, ПК-14, ПК-18, ПК-22)

32. Тактика ведения пациента с хроническим холециститом. (ОПК-4, ПК-18, ПК-22)

33. Хронические вирусные гепатиты: этиология, классификация, особенности клинической картины в зависимости от этиологического фактора. (ОК-7, ПК-14, ПК-18, ПК-22)

34. Тактика ведения пациента с хроническим гепатитом. (ОПК-4, ПК-18, ПК-22)

35. Составьте план обследования пациента с хроническим панкреатитом. (ОК-7, ПК-14, ПК-18, ПК-22)

36. Тактика ведения пациента с хроническим панкреатитом. (ОПК-4, ПК-18, ПК-22)

37. Составьте план обследования пациента с неспецифическим язвенным колитом. (ОК-7, ПК-14, ПК-18, ПК-22)

38. Составьте план обследования пациента с болезнью Крона. (ОК-7, ПК-14, ПК-18, ПК-22)

39. Определите тактику ведения пациента с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника. (ОПК-4, ПК-18, ПК-22)

40. Хронический гломерулонефрит: определение, особенности патогенеза, клинические проявления, принципы диагностики и лечения. (ОК-7, ПК-14, ПК-18, ПК-22)

41. Составьте план обследования пациента с железодефицитной анемией. (ОК-7, ПК-14, ПК-18, ПК-22)

42. Тактика ведения пациента с железодефицитной анемией. (ОПК-4, ПК-18, ПК-22)

43. Составьте план обследования пациента с В12 –дефицитной анемией. (ОК-7, ПК-14, ПК-18, ПК-22)

44. Методики определения группы крови. (ПК-22)

45. Составьте план обследования пациента с хроническим миелолейкозом. (ОК-7, ПК-14, ПК-18, ПК-22)

46. Составьте план обследования пациента с хроническим лимфолейкозом. (ОК-7, ПК-14, ПК-18, ПК-22)

47. Оказание первой врачебной помощи на догоспитальном этапе при гипогликемии. (ПК-14)

48. Диагностика и неотложная помощь при диабетической коме. (ПК-14)

49. Гипотиреоз: определение, этиология, классификация, клиническая картина. Эпидемиология йод дефицита, диагностические критерии, первичная и вторичная профилактика. Профилактика в группах риска. (ОК-7, ОПК-7, ПК-14, ПК-22)

50. Синдром тиреотоксикоза: определение понятия, эпидемиология, диагностические критерии, принципы профилактики. (ОК-7, ОПК-7, ПК-14, ПК-22)

## **Раздел «Хирургия»**

1. Составить план лечения больному с острой хирургической патологией (гастродуоденальным кровотечением, острым панкреатитом, острым холециститом, ЖКБ, острым аппендицитом и его осложнениями, перитонитом, осложнениями язвенной болезни, раком желудка, тупой и открытой травмой живота, наружными грыжами живота и их осложнениями, механической желтухой, кишечной непроходимостью) в стационарных условиях и условиях приемного отделения стационара. (ПК-14)

2. Составить план лечебно-диагностических мероприятий больному с хирургической патологией (гастродуоденальным кровотечением, острым панкреатитом, острым холециститом,

ЖКБ, острым аппендицитом и его осложнениями, перитонитом, осложнениями язвенной болезни, раком желудка, тупой и открытой травмой живота, наружными грыжами живота и их осложнениями, механической желтухой). (ПК-12)

3. Предоперационная подготовка больного. (ПК-14)

4. Ведение больного в послеоперационном периоде (режим, диета, аспекты медикаментозной терапии). (ПК-14)

5. Дать заключение по прилагающемуся рентгенографическому снимку, УЗИ, эндоскопическому обследованию больного, общему анализу крови, биохимическому анализу крови, общему анализу мочи, КТ, МРТ. (ПК-12)

6. Обработка рук хирурга, обработка операционного поля, понятие о асептике, антисептике. (ПК-14)

7. Перечислите показания для экстренной и плановой госпитализации хирургических больных. Перечислите основные типовые медицинские документы, заполняемые врачами хирургами в хирургическом стационаре. (ОПК-4)

8. Техника переливания препаратов крови, показания, пробы. Определение групп крови Rh-фактора с помощью стандартных изогемагглютинирующих сывороток. Определение группы крови и Rh-фактора с помощью цоликлонов. (ПК-14)

9. Осложнения после гемотрансфузии, лечение. (ПК-14)

10. Методика постановки очистительной и сифонной клизм, показания, противопоказания к проведению процедуры. (ПК-14)

11. Методика постановки НГЗ, показания, противопоказания к проведению процедуры. (ПК-14)

12. Методика постановки интестинального зонда, показания, противопоказания к проведению процедуры. (ПК-14)

13. Методика постановки мочевого катетера, типы катетеров, показания и противопоказания к проведению процедуры. (ПК-14)

14. Методика проведения плевральной пункции. Техника выполнения процедуры, показания к проведению плевральной пункции, осложнения при проведении пункции. (ПК-14)

15. Методика проведения абдоминальной пункции. Техника выполнения процедуры и показания к проведению пункции. (ПК-14)

16. Методика проведения паранефральной блокады. Техника выполнения процедуры, осложнения. (ПК-14)

17. Структура и основные этапы работы врача в стационаре хирургического профиля. Морально-этические нормы, правила и принципы профессионального врачебного поведения, права и обязанности врача хирургического стационара. (ОПК-4, ОПК-7)

## Раздел «Акушерство»

1. Организация работы родильного дома. СанПиН (ОПК-6, ПК-15, ОК-8)

2. Организация мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах. (ОПК-6, ПК-15, ОК-8)

3. Организация противоэпидемического режима в акушерских стационарах. (ОПК-6, ПК-15, ОК-8)

4. Правила содержания структурных подразделений акушерских стационаров и перинатальных центров. (ОПК-6, ПК-15, ОК-8)

5. Организация и проведение дезинфекционных и стерилизационных мероприятий в акушерских стационарах. (ОПК-6, ПК-15, ОК-8)

6. Эпидемиологический надзор за внутрибольничными инфекциями в акушерских стационарах. (ОПК-6, ПК-15, ОК-8)

7. Проведение расследования и ликвидации групповых внутрибольничных заболеваний среди новорожденных детей и родильниц в акушерских стационарах. (ОПК-6, ПК-15, ОК-8)

8. Требования к размещению и территории медицинских организаций (акушерских стационаров). **(ОПК-6, ПК-15, ОК-8)**
9. Требования к внутренней отделке помещений в акушерских стационарах.. **(ОПК-6, ПК-15, ОК-8)**
10. Требования к водоснабжению и канализации в акушерских стационарах. **(ОПК-6, ПК-15, ОК-8)**
11. Требования к отоплению, вентиляции, микроклимату и воздушной среде помещений в акушерских стационарах. **(ОПК-6, ПК-15, ОК-8)**
12. Требования к естественному и искусственному освещению в акушерских стационарах. **(ОПК-6, ПК-15, ОК-8)**
13. Требования к инвентарю и технологическому оборудованию в акушерских стационарах. **(ОПК-6, ПК-15, ОК-8)**
14. Общие требования к организации профилактических и противоэпидемических мероприятий. **(ОПК-6, ПК-15, ОК-8)**
15. Санитарно-эпидемиологические особенности организации подразделений различного профиля (акушерские стационары и перинатальные центры). **(ОПК-6, ПК-15, ОК-8)**
16. Санитарное содержание помещений, оборудования, инвентаря в акушерских стационарах. **(ОПК-6, ПК-15, ОК-8)**
17. Правила обработки рук медицинского персонала и кожных покровов пациентов в акушерских стационарах. **(ОПК-6, ПК-15, ОК-8)**
18. Требования к правилам личной гигиены пациентов в акушерских стационарах. **(ОПК-6, ПК-15, ОК-8)**
19. Требования к организации питания пациентов в акушерских стационарах. **(ОПК-6, ПК-15, ОК-8)**
20. Требования к условиям труда медицинского персонала в акушерских стационарах. **(ОПК-6, ПК-15, ОК-8)**
21. Организация дезинфекционных и стерилизационных мероприятий в акушерских стационарах. **(ОПК-6, ПК-15, ОК-8)**
22. Требования к проведению дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации изделий медицинского назначения в акушерских стационарах. **(ОПК-6, ПК-15, ОК-8)**
23. Обеспечение проведения дезинфекционных и стерилизационных мероприятий в акушерских стационарах. **(ОПК-6, ПК-15, ОК-8)**
24. Женский таз. **(ОК-8)**
25. Плод как объект родов. Акушерская терминология. **(ОК-8)**
26. Биомеханизм родов при затылочных предлежаниях. **(ОК-8)**
27. Понятие о нормальной беременности. **(ОК-8)**
28. Понятие о нормальных родах. Периоды родов. **(ОК-8)**
29. Понятие о послеродовом периоде (ранний и поздний). Лактация **(ОК-8)**
30. Профилактика трещин сосков и мастита. **(ОК-8, )**
31. Выдача послеродового декретного отпуска. **(ОК-8)**
32. Акушерские кровотечения при беременности.**(ОК-8, ПК-14).**
33. Неотложная помощь при акушерских кровотечениях во время беременности. **(ОК-8, ПК-14).**
34. Акушерские кровотечения в родах **(ОК-8, ПК-14).**
35. Неотложная помощь при акушерских кровотечениях в родах. **(ОК-8, ПК-14).**
36. Акушерские кровотечения в послеродовом периоде. **(ОК-8, ПК-14).**
37. Неотложная помощь при акушерских кровотечениях в послеродовом периоде. **(ОК-8, ПК-14).**
38. Осложнения для матери и плода при кровотечениях. **(ОК-8, ПК-14).**
39. Ранние токсикозы беременных, классификация, тактика при тяжелых состояниях. **(ОК-8, ПК-14)**
40. Гестозы II половины беременности, классификация, тактика при тяжелых состояниях. **(ОК-8, ПК-14).**
41. Классификация послеродовых заболеваний. Пути распространения инфекции. **(ОК-8, ПК-14).**

42. Клиника, диагностика лечение послеродовых заболеваний. **(ОК-8, ПК-14)**.
43. Акушерская тактика при неотложных состояниях – перитонит, септический шок, сепсис **(ОК-8, ПК-14)**.
44. Профилактика гнойно-септических послеродовых заболеваний. **(ОК-8, ПК-14)**.
45. Понятие об анатомическом и клиническом узком тазе. **(ОК-8, ПК-14)**.
46. Понятие об аномалиях родовой деятельности. Влияние на плод. **(ОК-8, ПК-14)**.
47. Понятие о кесаревом сечении. **(ОК-8, ПК-14)**.
48. Экстрагенитальная патология и беременность (сахарный диабет, заболевания почек, сердечно-сосудистые заболевания) **(ОК-8, ПК-14)**.
49. Методы исследования в акушерстве. **(ОК-8)**
50. Медицинская документация в акушерском стационаре. Правила заполнения. **(ОК-8, ОПК-4)**

**Ситуационные задачи по производственной практике  
«Клиническая (помощник врача лечебно-профилактического учреждения)»  
для промежуточной аттестации студентов 4 курса медико-профилактического  
факультета по специальности 32.05.01 "Медико-профилактическое дело"**

**Раздел «Терапия»**

**Задача №1. (ОПК-7, ПК-18, ПК-22)**

Больная Ю., 18 лет, студентка, доставлена бригадой «скорой помощи» с впервые возникшим приступом удушья. Дома внутривенно введено 10 мл 2,4% раствора эуфиллина, однако приступ не купирован.

Из анамнеза: в детстве, отмечалась реакция на пыль в виде чихания, вазомоторного ринита, наблюдалась у аллерголога. О проводимой ранее терапии не знает. С возрастом интенсивность аллергических реакций уменьшилась. В течение последнего месяца появился приступообразный сухой кашель, интенсивность которого постепенно усилилась. Ухудшение состояния наступило вечером, после возвращения из гостей, где была собака, усилился кашель, появилось затрудненное дыхание, одышка.

При осмотре: состояние пациентки средней степени тяжести. Температура тела 36,7 0С. Кожные покровы чистые, влажные. Дыхание с шумным выдохом. Грудная клетка нормостеническая, в акте дыхания принимают участие вспомогательные мышцы. ЧДД – 26 в минуту. При перкуссии – ясный легочный звук. При аускультации – выдох почти в 3 раза продолжительнее вдоха, дыхание везикулярное ослабленное, выслушивается большое количество рассеянных сухих свистящих хрипов. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс – 90 уд.в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/80 мм ртутного столба. Анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, лейкоциты – 7,8\*10<sup>9</sup>/л, эозинофилы – 11%, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 63%, лимфоциты – 26%, моноциты – 14%, СОЭ – 7 мм/ч.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз
2. Перечислите наиболее полный перечень данных, свидетельствующих о данном заболевании
3. Определите объем первой врачебной помощи на догоспитальном этапе
4. Определите принципы диагностики и разработки профилактических стратегий при данной патологии

**Задача №2 (ОПК-7, ПК-18, ПК-22)**

Больная О., 59 лет, обратилась с жалобами на головные боли в затылочной области, ухудшение зрения и памяти, плохой сон.

Впервые подобные жалобы возникли 4 года назад после психоэмоционального перенапряжения, беспокоили редко, к врачу не обращалась, по совету соседки принимала анальгетики, парацетам с переменным эффектом.

Анамнез: менструации с 12 лет безболезненные, необильные, по 4-5 дней через 28 дней. Во время беременности (в 26 лет) токсикоз второй половины, когда отмечались выраженные отеки, повышение АД, после родов считала себя здоровой. Менопауза в 51 год, беспокоили приливы, сердцебиение.

Семейный анамнез: мать больной (79 лет) с 50 лет страдает АГ, 5 лет назад перенесла инсульт.

При осмотре: больная эмоционально лабильна, плаксива. Окружность талии 92 см. Отеков нет. ЧД — 16 в минуту, при аускультации легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС — 84 в минуту, Пульс напряженный, ритм сердца правильный. АД 170/90 мм рт.ст.

Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10x9x8 см. Нижний край печени мягкий, ровный, безболезненный.

Общий анализ крови: гемоглобин — 133 г/л, лейкоциты —  $4,6 \times 10^9$ /л, СОЭ — 9 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий холестерин — 5,8 ммоль/л, глюкоза — 5,1 ммоль/л, креатинин — 98 мкмоль/л.

Анализ мочи: удельный вес — 1012, белка, глюкозы нет, лейкоциты — 2-4 в поле зрения, эритроцитов нет. Экскреция альбумина с мочой 250 мг/сут.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз
2. Перечислите наиболее полный перечень данных, свидетельствующих о данном заболевании
3. Определите принципы диагностики и разработки профилактических стратегий при данной патологии

### Задача №3 (ОПК-7, ПК-18, ПК-22)

Больной К., 60 лет, поступил в приемное отделение по скорой помощи с жалобами на интенсивную боль за грудиной сопровождающуюся выраженной слабостью, тошнотой, чувством нехватки воздуха. Со слов больного болевой приступ возник впервые в жизни, к моменту приезда бригады скорой помощи продолжался около 1 часа. Самостоятельно принял 2 таблетки валидола без эффекта. На догоспитальном этапе приступ был частично купирован наркотическими анальгетиками. Общая продолжительность времени с момента начала приступа до поступления в стационар 2 ч. Из анамнеза жизни известно, что пациент курит по 15 сигарет в день в течение 30 лет. В течение последних 7 лет отмечает эпизоды повышения АД до 200/110 мм рт.ст., регулярно антигипертензивные препараты не принимает, при ощущаемых субъективно подъемах АД принимает адельфан.

При осмотре: состояние тяжелое, температура тела  $36,5^{\circ}\text{C}$ , кожные покровы бледные, влажные. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Отеков нет. Пациент повышенного питания, ИМТ — 31,9 кг/м<sup>2</sup>. ЧДД — 26 в мин. В легких с обеих сторон ниже середины лопаток выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС — 94 в мин., АД — 100/60 мм рт.ст. Живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах, печень, селезенка не увеличены. Перистальтика выслушивается. Дизурических расстройств нет.

В анализах крови: гемоглобин — 120 г/л; эритроциты —  $4,1 \times 10^{12}$  в л.; гематокрит — 35%; лейкоциты —  $8,9 \times 10^9$  в л.; п/я — 2%; с/я — 72%; лимфоциты — 18%; эозинофилы — 2%; моноциты — 6%; СОЭ — 12 мм/ч. В биохимическом анализе крови: глюкоза — 5,3 ммоль/л; креатинин — 0,089 ммоль/л; АЛАТ — 170 нмоль/сл; АСАТ — 137 нмоль/сл.

ЭКГ прилагается



Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз
2. Перечислите наиболее полный перечень данных, свидетельствующих о данном заболевании
3. Определите принципы диагностики и разработки профилактических стратегий при данной патологии

#### **Задача № 4 (ОПК-7, ПК-18, ПК-22)**

Больная Е., 72 лет, поступила в кардиологическое отделение с жалобами на одышку при ходьбе по ровному месту на расстояние 100 м и подъеме на один лестничный пролет, слабость, утомляемость, отеки голеней и стоп. Из анамнеза известно, что около 22 лет страдает гипертонической болезнью с максимальными подъемами цифр артериального давления до 220/110 мм рт.ст. Регулярного лечения не получает.

При осмотре: состояние средней тяжести. Рост 155 см, вес 102 кг. Кожные покровы обычной окраски. Отеки голеней и стоп. Грудная клетка конической формы, симметричная. Частота дыхания - 18 в мин. При аускультации над легкими определяется жесткое дыхание, влажные мелкопузырчатые хрипы под правой лопаткой. Границы относительной тупости сердца: правая — правый край грудины, лева - в V межреберье 2,5 см кнаружи от левой ср.-ключичной линии, верхняя — верхний край III ребра. При аускультации сердца тоны приглушены, выслушивается акцент II тона в III межреберье справа от грудины, шумов нет. Ритм сердца правильный, ЧСС 86 в минуту. АД 180/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 12x11x8 см. Окружность живота 120 см.

Общий анализ крови: гемоглобин — 132 г/л, лейкоциты —  $7,4 \times 10^9$ /л, эритроциты —  $4,1 \times 10^{12}$ /л, эозинофилы — 2%, палочкоядерные 5 %, сегментоядерные — 68 %, лимфоциты — 20%, моноциты — 5%, СОЭ — 14 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1011, реакция кислая, белок — следы, глюкоза отсутствует, эритроциты 0 в поле зрения, лейкоциты 1—2 в поле зрения.

В биохимическом анализе крови - уровень холестерина 8,3 ммоль/л, глюкоза 5,8 ммоль/л.

ЭКГ: сумма зубцов R V5 и S2 >35 мм.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз
2. Перечислите наиболее полный перечень данных, свидетельствующих о данном заболевании
3. Определите принципы диагностики и разработки профилактических стратегий при данной патологии

#### **Задача № 5 (ОПК-7, ПК-18, ПК-22)**

Больной Б, 53 лет, поступил с жалобами на лихорадку до 39,5С, сопровождающуюся ознобом, проливными потами, выраженную общую слабость, одышку при минимальной физической нагрузке, отеки ног.

Из анамнеза заболевания: 2 месяца назад удаление зуба. Через 5 дней стал отмечать повышение температуры до 37,7ОС и потливость. Принимал парацетамол, чай с малиной, врача не вызывал. Через 10 дней температура стала еще выше — до 39,5ОС, подъем температуры сопровождался ознобом, болями в мышцах, заметно снизился аппетит. Обратился в поликлинику по месту жительства. Была выполнена рентгенография ОГК, где никакой патологии не было выявлено. В общем анализе крови лейкоциты  $14 \times 10^9$ /л, СОЭ до 38 мм/ч. По назначению врача принимал ампициллин по 500 мг 4 раза в сутки в течение 7 дней. Через несколько дней после отмены антибиотика вновь стал отмечать высокие цифры температуры — до 40ОС, появился дыхательный дискомфорт при обычной физической нагрузке. Вызвал скорую помощь и был доставлен в больницу.

Объективно при поступлении: состояние тяжелое, ортопное. Кожные покровы бледные, цвета кофе с молоком, на ладонях геморрагические пятна до 3 см в диаметре. Периферические узлы не увеличены. В легких – притупление перкуторного звука в нижних отделах легких, там же аускультативно – крепитирующие хрипы. Границы сердца: верхняя – верхний край 3 ребра, правая – на 1 см снаружи от правого края грудины, левая – на 1,5 см снаружи от СКЛ. Аускультация: тоны ритмичные, тахикардия, ослабление 1 тона на верхушке, 2 тона во втором межреберье справа, там же мягкий дующий протодиастолический шум, на верхушке – негрубый систолический шум. АД – 130/60 мм.рт.ст. Живот мягкий безболезненный, печень на 2 см ниже края реберной дуги. Пастозность стоп и голеней.

Общий анализ крови: гемоглобин – 85 г/л, лейкоциты -  $18 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 9%, сегментоядерные – 77%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 8%, моноциты – 5%, СОЭ – 42 мм/час.

Биохимический анализ обращает на себя внимание СРБ – 2 г/л, серомукоиды – 880 г/л, положительный ревматоидный фактор.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз
2. Перечислите наиболее полный перечень данных, свидетельствующих о данном заболевании
3. Определите принципы диагностики и разработки профилактических стратегий при данной патологии

#### **Задача № 6 (ОПК-7, ПК-18, ПК-22)**

Больная К., 19 лет, поступила с жалобами на повышение температуры до 39°C с ознобами, потливость, отсутствие аппетита, одышка при минимальной физической нагрузке.

Из анамнеза: в 8 лет перенесла острую ревматическую лихорадку с ревмокардитом, после чего сформировался порок сердца. В последствие ревматических атак не было, однако отмечала появление одышки при физической нагрузке. Около 2х недель назад стала отмечать субфебрилитет с познанием по вечерам.

При осмотре: тяжелое состояние, ортопное, акроцианоз, цианоз губ, пастозность стоп, голеней. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких – притупление перкуторного звука в нижних отделах, аускультативно – влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах легких. ЧДД – 25 в минуту. Границы относительной сердечной тупости – верхняя – нижний край 2 ребра, левая – на 2 см снаружи от СКЛ, правая – на 1,5 см снаружи от СКЛ. Аускультация легких – систолический шум в 5 межреберье, проводится в левую подмышечную область. Пульс ритмичный, симметричный. Пульс равен ЧСС, 108 ударов в минуту. АД = 95/60 мм.рт.ст. Печень на 1 см ниже края ребра.

ОАК: гемоглобин – 110 г/л, лейкоциты –  $14,6 \times 10^9$ /л, палочкоядерный – 9%, сегментоядерные – 74%, эозинофилы – 0%, лимфоциты – 11%, моноциты – 6%, СОЭ – 45 мм/ч. В биохимическом анализе – СРБ +++, серомукоиды - 1110 г/л.

ОАМ: белок – следы, удельный вес – 1012, лейкоциты – ед. в поле зрения, эритроциты – ед. в поле зрения.

Посев крови – в двух пробах высеян зеленеющий стрептококк, высокочувствительный к пенициллину.

ЭХО-КГ- расширение полости левого желудочка, разрыв хорды задней створки митрального клапан, митральная регургитация III степени.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз
2. Перечислите наиболее полный перечень данных, свидетельствующих о данном заболевании
- 3 Определите объем первой врачебной помощи на догоспитальном этапе

4. Определите принципы диагностики и разработки профилактических стратегий при данной патологии

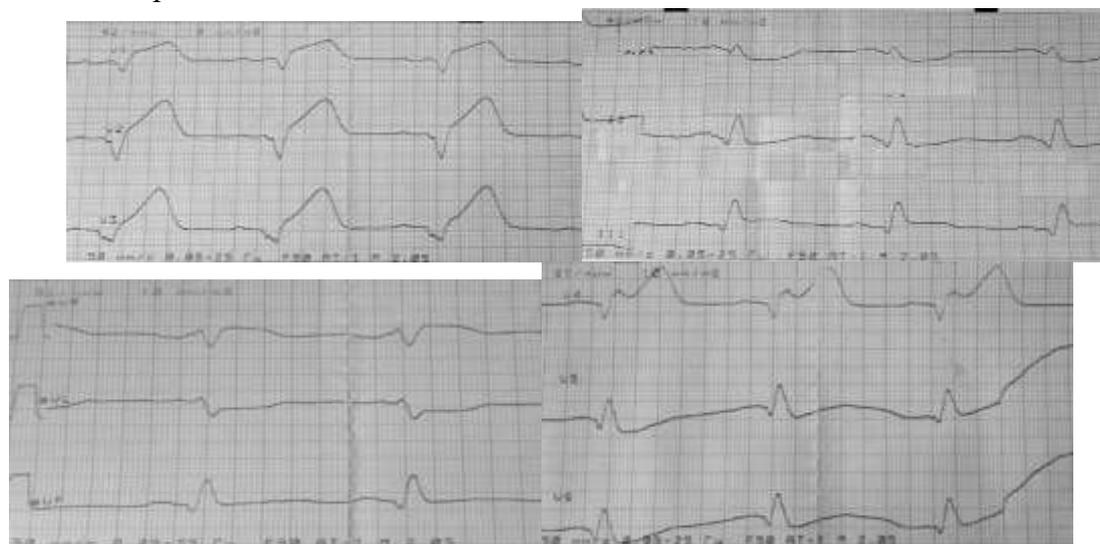
**Задача № 7 (ОПК-7, ПК-14, ПК-18, ПК-22)**

Больной К., 60 лет, поступил в приемное отделение по скорой помощи с жалобами на интенсивную боль за грудиной сопровождающуюся выраженной слабостью, тошнотой, чувством нехватки воздуха. Со слов больного болевой приступ возник впервые в жизни, к моменту приезда бригады скорой помощи продолжался около 1 часа. Самостоятельно принял 2 таблетки валидола без эффекта. На догоспитальном этапе приступ был частично купирован наркотическими анальгетиками. Общая продолжительность времени с момента начала приступа до поступления в стационар 2 ч. Из анамнеза жизни известно, что пациент курит по 15 сигарет в день в течение 30 лет. В течение последних 7 лет отмечает эпизоды повышения АД до 200/110 мм рт.ст., регулярно антигипертензивные препараты не принимает, при ощущаемых субъективно подъемах АД принимает адельфан.

При осмотре: состояние тяжелое, температура тела 36,5°C, кожные покровы бледные, влажные. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Отеков нет. Пациент повышенного питания, ИМТ – 31,9 кг/м<sup>2</sup>. ЧДД – 26 в мин. В легких с обеих сторон ниже середины лопаток выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 94 в мин., АД – 100/60 мм рт.ст. Живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах, печень, селезенка не увеличены. Перистальтика выслушивается. Дизурических расстройств нет.

В анализах крови: гемоглобин – 120г/л; эритроциты – 4,1 x 10<sup>12</sup> в л.; гематокрит – 35%; лейкоциты – 8,9 x 10<sup>9</sup> в л.; п/я – 2%; с/я – 72%; лимфоциты – 18%; эозинофилы – 2%; моноциты – 6%; СОЭ – 12 мм/ч. В биохимическом анализе крови: глюкоза – 5,3 ммоль/л; креатинин – 0,089 ммоль/л; АЛАТ – 170 нмоль/сл; АСАТ – 137 нмоль/сл.

ЭКГ прилагается



Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз
2. Перечислите наиболее полный перечень данных, свидетельствующих о данном заболевании
3. Определите принципы диагностики и разработки профилактических стратегий при данной патологии

**Задача № 8 (ОПК-7, ПК-14, ПК-18, ПК-22)**

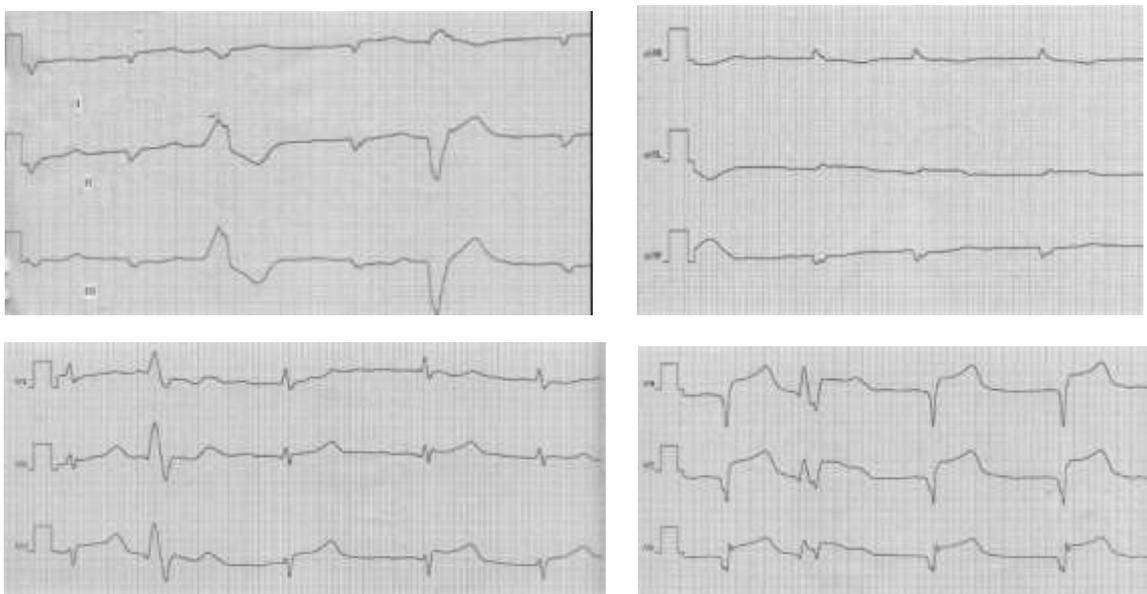
Больной Н., 70 лет, госпитализирован бригадой скорой медицинской помощи в связи затяжным приступом загрудинной боли. Болевой приступ возник около 5 ч утра, боль иррадиировала в область левой лопатки. Пациент самостоятельно принял 6 таблеток нитросорбида, без эффекта. Из анамнеза известно: в течение последних 8 лет страдает

стенокардией напряжения, соответствующей II ФК (по классификации CCS). Постоянной антиангинальной терапии не получает. Курит в течение 40 лет по 20 сигарет в день. Отец пациента умер в возрасте 50 лет от инфаркта миокарда, мать пациента умерла в возрасте 72 лет от онкологического заболевания, страдала артериальной гипертонией.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела 36,2°C, кожные покровы бледные, влажные. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. Частота дыхания – 22 в мин., в легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, единичные сухие жужжащие хрипы. Тоны сердца приглушены, аритмичные. ЧСС – 92 в мин., АД – 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах, печень, селезенка не увеличены. Перистальтика выслушивается. Дизурических расстройств нет.

В анализах крови: гемоглобин – 134 г/л; эритроциты – 4,6 x 10<sup>12</sup> в л.; лейкоциты – 8,5 x 10<sup>9</sup> в л.; п/я – 4%; с/я – 70%; лимфоциты – 19%; эозинофилы – 1%; моноциты – 6%; СОЭ – 10 мм/ч. В биохимическом анализе крови: глюкоза – 5,3 ммоль/л; креатинин – 0,088 ммоль/л; АЛАТ – 180 нмоль/сл; АСАТ – 112 нмоль/сл.

ЭКГ прилагается.



Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз
2. Перечислите наиболее полный перечень данных, свидетельствующих о данном заболевании
3. Определите объем первой врачебной помощи на догоспитальном этапе
4. Определите принципы диагностики и разработки профилактических стратегий при данной патологии

#### **Задача № 9 (ОПК-7, ПК-18, ПК-22)**

Больной К., 34 лет, доставлен в стационар бригадой «скорой помощи». Больной жалуется на боль при дыхании в правой половине грудной клетки, кашель с небольшим количеством «ржавой» мокроты, выраженную слабость, озноб, повышение температуры тела до 39,5°C.

Заболел остро 2 дня назад, когда после переохлаждения почувствовал озноб, температура тела повысилась до 39,5°C. Принимал парацетамол. На следующий день присоединились боли в грудной клетке при дыхании и кашле. Вызвал бригаду «скорой помощи», которой был госпитализирован в клинику.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела 39°C. Кожные покровы бледные, чистые, влажные, цианоз губ. Форма грудной клетки нормостеническая, правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании, больной щадит её. ЧДД в покое - 30 в

минуту. Грудная клетка при пальпации эластичная, боли в правой половине груди при сдавлении грудной клетки ослабевают, голосовое дрожание справа в нижних отделах грудной клетки усилено, слева – нормальное. При сравнительной перкуссии: справа ниже угла лопатки притупление перкуторного звука, в остальных участках лёгкого звук ясный лёгочный. При аускультации лёгких: слева дыхание везикулярное, справа над участком перкуторной тупости – ослаблено, крепитация на вдохе, бронхофония усилена.

Область сердца и крупных сосудов не изменена. Границы относительной сердечной тупости сердца в пределах нормальных значений. При аускультации акцент II тона во втором межреберье слева от грудины, ритм сердечных сокращений правильный. ЧСС – 92 уд/мин. АД 100/60 мм рт.ст.

Живот обычной формы. Верхняя половина живота активно участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени пальпируется у края рёберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10х9х8 см. Селезёнка не увеличена.

В анализах крови: гемоглобин – 140 г/л, лейкоциты – 14,8х10<sup>9</sup>/л: палочкоядерные – 8%, сегментоядерные – 68%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 20%, моноциты – 2%. СОЭ – 38 мм/час.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз
2. Перечислите наиболее полный перечень данных, свидетельствующих о данном заболевании
3. Определите принципы диагностики и разработки профилактических стратегий при данной патологии

#### **Задача № 10 (ОПК-7, ПК-18, ПК-22)**

Больной С., 42 лет, слесарь, жалуется на кашель с выделением мокроты желтовато-коричневого цвета, боли в правой половине грудной клетки при дыхании, кашле, на одышку при умеренной физической нагрузке, повышение температуры тела до 39,40С, общую слабость, головную боль, «ломоту» в мышцах, сердцебиение, снижение аппетита.

Заболел остро, накануне днём, когда появились вышеуказанные жалобы. Развитие заболевания связывает с переохлаждением. Принимал аспирин, однако сохранялись лихорадка, выраженная слабость и боли в грудной клетке, что послужило причиной госпитализации.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела 38,9С. Кожные покровы бледные, чистые, влажные, цианоз губ. Грудная клетка конической формы. Правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании, больной её щадит. ЧДД – 28 в минуту. При сравнительной перкуссии: слева – звук ясный, лёгочный, справа – ниже угла лопатки, по средней и задней подмышечным линиям выявлено притупление перкуторного звука – бронхиальное дыхание, звонкие мелкопузырчатые хрипы, над остальными участками лёгких – дыхание везикулярное. Бронхофония усилена справа в зоне укорочения перкуторного звука.

Область сердца и крупных сосудов не изменена. При аускультации сердца: акцент II тона во втором межреберье слева от грудины, ритм сердечных сокращений правильный. Пульс ритмичный. ЧСС – до 98 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 115/70 мм рт. ст.

Живот обычной формы, при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Край печени пальпируется у края рёберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10х9х8 см. Селезёнка не увеличена.

Анализ крови: гемоглобин – 155 г/л, лейкоциты – 20,0х10<sup>9</sup>/л: палочкоядерные – 10%, сегментоядерные – 68%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 12%, моноциты – 9%. СОЭ – 36 мм/ч.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз
2. Перечислите наиболее полный перечень данных, свидетельствующих о данном заболевании
3. Определите принципы диагностики и разработки профилактических стратегий при данной патологии

### **Задача № 11 (ОПК-7, ПК-18, ПК-22)**

Больной С., 42 лет, слесарь, жалуется на кашель с выделением мокроты желтовато-коричневого цвета, боли в правой половине грудной клетки при дыхании, кашле, на одышку при умеренной физической нагрузке, повышение температуры тела до 39,40С, общую слабость, головную боль, «ломоту» в мышцах, сердцебиение, снижение аппетита.

Заболел остро, накануне днём, когда появились вышеуказанные жалобы. Развитие заболевания связывает с переохлаждением. Принимал аспирин, однако сохранялись лихорадка, выраженная слабость и боли в грудной клетке, что послужило причиной госпитализации.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела 38,9С. Кожные покровы бледные, чистые, влажные, цианоз губ. Грудная клетка конической формы. Правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании, больной её щадит. ЧДД – 28 в минуту. При сравнительной перкуссии: слева – звук ясный, лёгочный, справа – ниже угла лопатки, по средней и задней подмышечным линиям выявлено притупление перкуторного звука – бронхиальное дыхание, звонкие мелкопузырчатые хрипы, над остальными участками лёгких – дыхание везикулярное. Бронхофония усилена справа в зоне укорочения перкуторного звука.

Область сердца и крупных сосудов не изменена. При аускультации сердца: акцент II тона во втором межреберье слева от грудины, ритм сердечных сокращений правильный. Пульс ритмичный. ЧСС – до 98 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 115/70 мм рт. ст.

Живот обычной формы, при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Край печени пальпируется у края рёберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10х9х8 см. Селезёнка не увеличена.

Анализ крови: гемоглобин – 155 г/л, лейкоциты – 20,0х10<sup>9</sup>/л: палочкоядерные – 10%, сегментоядерные – 68%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 12%, моноциты – 9%. СОЭ – 36 мм/ч.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз
2. Перечислите наиболее полный перечень данных, свидетельствующих о данном заболевании
3. Определите принципы диагностики и разработки профилактических стратегий при данной патологии

### **Задача № 12 (ОПК-7, ПК-18, ПК-22)**

Больной К., 44 года. Жалобы на общую слабость, сухость во рту, жажду, повышенный аппетит, снижение веса, обильное отделение мочи, зуд кожи.

Начало заболевания связывает с перенесенной психической травмой (после автомобильной катастрофы).

При осмотре общее состояние средней тяжести. Температура тела 36,7С. Телосложение нормостеническое. Рост 182 см, вес 71 кг. Кожные покровы чистые, влажные, теплые на ощупь, обычной окраски. Язык влажный. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Периферических отеков нет. Запаха ацетона в выдыхаемом воздухе нет. При аускультации легких высушивается везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД 16 в 1 минуту. Сердечные тоны ритмичные, звучные, пульс – 80 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. А/Д – 140/80 мм рт.ст.

Живот обычной формы, активно участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10\*9\*8. Селезенка не увеличена, не пальпируется. Диурез учащенное мочеиспускание, диурез - 2500 мл.

Общий анализ мочи: уд.вес - 1031, сахар - 2,1%.

Гликемия - 12 ммоль/л.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз
2. Перечислите наиболее полный перечень данных, свидетельствующих о данном заболевании
3. Определите объем первой врачебной помощи на догоспитальном этапе
4. Определите принципы диагностики и разработки профилактических стратегий при данной патологии

### **Задача №13 (ОПК-7, ПК-18, ПК-22)**

Больная О., 59 лет, обратилась с жалобами на головные боли в затылочной области, ухудшение зрения и памяти, плохой сон.

Впервые подобные жалобы возникли 4 года назад после психоэмоционального перенапряжения, беспокоили редко, к врачу не обращалась, по совету соседки принимала анальгетики, парацетам с переменным эффектом.

Анамнез: менструации с 12 лет безболезненные, необильные, по 4-5 дней через 28 дней. Во время беременности (в 26 лет) токсикоз второй половины, когда отмечались выраженные отеки, повышение АД, после родов считала себя здоровой. Менопауза в 51 год, беспокоили приливы, сердцебиение.

Семейный анамнез: мать больной (79 лет) с 50 лет страдает АГ, 5 лет назад перенесла инсульт.

При осмотре: больная эмоционально лабильна, плаксива. Окружность талии 92 см. Отеков нет. ЧД — 16 в минуту, при аускультации легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС — 84 в минуту, Пульс напряженный, ритм сердца правильный. АД 170/90 мм рт.ст. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10x9x8 см. Нижний край печени мягкий, ровный, безболезненный.

Общий анализ крови: гемоглобин — 133 г/л, лейкоциты — 4,6x10<sup>9</sup>/л, СОЭ — 9 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий холестерин — 5,8 ммоль/л, глюкоза — 5,1 ммоль/л, креатинин — 98 мкмоль/л.

Анализ мочи: удельный вес — 1012, белка, глюкозы нет, лейкоциты — 2-4 в поле зрения, эритроцитов нет. Экскреция альбумина с мочой 250 мг/сут.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз
2. Перечислите наиболее полный перечень данных, свидетельствующих о данном заболевании
3. Определите принципы диагностики и разработки профилактических стратегий при данной патологии

### **Задача № 14 (ОПК-7, ПК-18, ПК-22)**

Больная С., 25 лет, была госпитализирована в клинику с жалобами на боли в области поясницы, общую слабость, появление мочи красноватого цвета, бледность и отёки лица, головную боль. Из анамнеза известно, что за 25 дней до госпитализации больная перенесла острый тонзиллит, в связи с чем, в течение 3 дней проводилась антибактериальная терапия ампициллином с положительным эффектом. В дальнейшем, спустя 14 дней от начала заболевания, стала отмечать повышение температуры тела до 37,2С, изменение цвета мочи, появление отёков век, бледность лица, общую слабость, подъём артериального давления до 160/95 мм рт.ст.

При поступлении состояние средней тяжести. Лицо бледное, отёки век, голеней до верхней трети. Беспокоит одышка. Температура тела 36,6С. Периферические лимфатические узлы не увеличены, при пальпации безболезненны. При аускультации дыхание над легкими везикулярное, частота дыхательных движений 24 в минуту. Перкуторные границы сердца не расширены. При аускультации тоны сердца приглушены, выслушивается слабый дующий систолический шум над верхушкой. Частота сердечных сокращений - 64 удара в минуту, АД - 170/110 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена, пальпируется у края реберной дуги, мягкой консистенции, безболезненная, селезёнка не пальпируется. Размеры селезенки при перкуссии не увеличены. Симптом поколачивания в поясничной области слабopоложительный с обеих сторон.

Лабораторные и инструментальные методы обследования:

Общий анализ крови: Нв 105г/л, гематокрит 35%, лейкоциты  $6,2 \times 10^9$  л, СОЭ 24 мм/ч.

Биохимический анализ крови: мочеви́на 7,8 ммоль/л, креатинин 0,103 ммоль/л, калий 4,8 ммоль/л, глюкоза крови 4,2 ммоль/л, общий белок 65г/л, альбумин 54%, холестерин крови 5,2 ммоль/л. Антистрептолизин О 956 ЕД.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1028, белок 0,8 г/л, эритроциты 25 в поле зрения, лейкоциты 5 в поле зрения. При посеве мочи роста микрофлоры не обнаружено.

Анализ мочи по Нечипоренко: эритроциты 7000 в 1 мл, лейкоциты 3000 в 1 мл, цилиндров не обнаружено.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз
2. Перечислите наиболее полный перечень данных, свидетельствующих о данном заболевании
3. Определите принципы диагностики и разработки профилактических стратегий при данной патологии

### **Задача № 15 (ОПК-7, ПК-18, ПК-22)**

Больной М., 65 года, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на слабость, недомогание, повышенную потливость, снижение аппетита, похудание, ощущение тяжести в левом подреберье, возникшее 5-6 мес назад, боли в костях верхних и нижних конечностей, легкое образование синяков на коже. Другие перенесенные заболевания отрицает. Вредных привычек нет. Семейный анамнез не отягощен. Профессиональный анамнез: 40 лет проработал рентгенологом.

При осмотре: состояние тяжелое. Температура тела 37,3С. Больной нормостенического телосложения, рост – 165 см, вес – 60 кг. Кожные покровы бледные, умеренно влажные, кожа дряблая. На коже предплечий небольшие единичные геморрагии. Лимфоузлы не увеличены. При пальпации определяются подчелюстные лимфоузлы, размером с горошину, эластической консистенции, безболезненные, не спаянные с окружающими тканями. Другие группы лимфоузлов не пальпируются. При осмотре костей черепа, грудной клетки, позвоночника, конечностей болезненность и деформации не отмечаются. ЧД – 20 в минуту. При аускультации над легкими определяется везикулярное дыхание, хрипов нет. При аускультации сердца тоны глухие. Шумов нет. Ритм правильный. ЧСС – 89 в минуту. АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на 4 см ниже края правой реберной дуги, край печени плотный, ровный, гладкий, безболезненный. Отмечается выбухание в левой половине живота. Селезёнка выступает из-под реберного края на 15 см, плотная, безболезненная, поверхность гладкая. При перкуссии селезёнки по X ребру: длинник – 30 см, поперечник – 22 см (между IX и XI ребрами).

Анализ крови: Нв – 103г/л, эритроциты –  $3,3 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель – 0,95, тромбоциты –  $98 \times 10^9$ /л, лейкоциты –  $39 \times 10^9$ /л, миелобласты – 12%, промиелоциты – 3%, миелоциты – 7%, метамиелоциты – 12%, палочкоядерные – 8%, сегментоядерные – 40%, лимфоциты – 10%, базофилы – 2%, эозинофилы – 6%, СОЭ – 64 мм/ч.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз
2. Перечислите наиболее полный перечень данных, свидетельствующих о данном заболевании
3. Определите принципы диагностики и разработки профилактических стратегий при данной патологии

#### **Задача № 16 (ОПК-7, ПК-18, ПК-22)**

Больной К., 44 года. Жалобы на общую слабость, сухость во рту, жажду, повышенный аппетит, снижение веса, обильное отделение мочи, зуд кожи.

Начало заболевания связывает с перенесенной психической травмой (после автомобильной катастрофы).

При осмотре общее состояние средней тяжести. Температура тела 36,7С. Телосложение нормостеническое. Рост 182 см, вес 71 кг. Кожные покровы чистые, влажные, теплые на ощупь, обычной окраски. Язык влажный. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Периферических отеков нет. Запаха ацетона в выдыхаемом воздухе нет. При аускультации легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД 16 в 1 минуту. Сердечные тоны ритмичные, звучные, пульс – 80 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. А/Д – 140/80 мм рт.ст.

Живот обычной формы, активно участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10\*9\*8. Селезенка не увеличена, не пальпируется. Диурез учащенное мочеиспускание, диурез - 2500 мл.

Общий анализ мочи: уд.вес - 1031, сахар - 2,1%.

Гликемия - 12 ммоль/л.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз
2. Перечислите наиболее полный перечень данных, свидетельствующих о данном заболевании
- 3 Определите объем первой врачебной помощи на догоспитальном этапе
4. Определите принципы диагностики и разработки профилактических стратегий при данной патологии

#### **Задача №17 (ОПК-7, ПК-18, ПК-22)**

Больная Г, 39 лет поступила с жалобами на сердцебиение, перебои в работе сердца, плаксивость, плохой сон, потливость, чувство дрожания всего тела, похудение на 10 кг за месяц, пучеглазие. Заболела остро, после пневмонии сразу появились вышеперечисленные жалобы, с тех пор заболевание имеет тенденцию к прогрессированию.

При осмотре общее состояние средней тяжести. Температура тела 37,7С. Больная правильного телосложения, пониженного питания. Рост 168 см, вес 48 кг. Кожные покровы чистые, влажные, горячие на ощупь. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Периферических отеков нет. Щитовидная железа увеличена на глаз, эластичная, подвижная, диффузная. Экзофтальм, положительные симптомы Грефе (+), Мебиуса (+), Кохера (+).

Грудная клетка обычной формы, обе половины грудной клетки участвуют равномерно в акте дыхания. При сравнительной перкуссии определяется легочный звук. При аускультации легких выслушивается везикулярное дыхание, ЧД 16 в 1 минуту. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, верхняя – на уровне нижнего края III ребра, левая - на 0,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Сердечные тоны аритмичные, звучные. ЧСС 146 в минуту, пульс – 120 ударов в 1 минуту, аритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Дефицит пульса 26. А/Д – 160/90 мм рт.ст.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз

2. Перечислите наиболее полный перечень данных, свидетельствующих о данном заболевании

3. Определите принципы диагностики и разработки профилактических стратегий при данной патологии

### **Задача № 18 (ОПК-7, ПК-18, ПК-22)**

Больной М., 63 лет поступил в стационар с жалобами на одышку при физической нагрузке, кашель с трудноотделяемой вязкой желтоватой мокротой, ощущение затрудненного дыхания на выдохе, повышение температуры тела до 37,8С.

Кашель со скудной мокротой беспокоит в течение 12 лет, чаще по утрам и после физических нагрузок, преимущественно в холодное время года. В течение последних двух лет усилился кашель, появилось затрудненное дыхание, провоцируемое физической нагрузкой, респираторной вирусной инфекцией, вдыханием холодного и влажного воздуха. Вредные привычки: курит на протяжении 18 лет по 20-25 сигарет в день. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре общее состояние средней тяжести. Температура тела 37,6С. Кожные покровы чистые, влажные, теплые на ощупь, диффузный цианоз, цианоз губ. Телосложение гиперстеническое. Ногти в виде часовых стекол. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Грудная клетка расширена в передне-заднем направлении, межреберные промежутки расширены. При сравнительной перкуссии над легкими определяется коробочный звук. При аускультации выслушивается жесткое дыхание, сухие рассеянные хрипы. ЧДД 20/мин. Верхушечный толчок определяется в V межреберье на 1 см кнутри от среднеключичной линии. Сердечные тоны ритмичные, приглушенные, акцент II тона легочной артерии. Пульс 96 уд/мин., ритмичный. АД 135/75 мм.рт.ст. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени пальпируется у края правой реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10Х9Х8 см. Селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: Нб 148 г/л, эритроциты  $4,6 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты  $9,8 \cdot 10^9/л$ , Палочкоядерные нейтрофилы 8%, Сегментоядерные 47%, Лимфоциты 11%, Моноциты 9%, СОЭ 21 мм/час.

Анализ мокроты: слизисто-гнояная, без запаха, вязкой консистенции. Лейкоциты-40 в поле зрения, эритроцитов, эозинофилов, атипических клеток и ВК нет.

ФВД: до ингаляции бронходилататором: ЖЕЛ -75%, ОФВ 1 – 65%; после ингаляции беротеком: ЖЕЛ – 87%, ОФВ 1 – 75%.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз

2. Перечислите наиболее полный перечень данных, свидетельствующих о данном заболевании

3. Определите принципы диагностики и разработки профилактических стратегий при данной патологии

### **Задача № 19 (ОПК-7, ПК-18, ПК-22)**

Больной К., 50 лет, обратился к врачу с жалобами на сильный приступообразный кашель с небольшим количеством вязкой трудноотделяемой мокротой серо-зеленоватого цвета, без запаха, повышение температуры тела до 37,9С, одышку.

Больной курит на протяжении 25 лет, по 1,5 пачки папирос в день. Последние 5 лет кашель стал малопродуктивным и надсадным, появилась одышка, ощущаемая при физической нагрузке, затруднение выдоха после физической нагрузки. В холодное время года, провоцируемое респираторной вирусной инфекцией, отмечается усиление кашля, одышки и затрудненного выдоха, отделение гнойной мокроты.

При осмотре общее состояние средней тяжести. Температура тела 37,7С. Кожные покровы чистые, влажные, теплые на ощупь, диффузный цианоз, цианоз губ.

Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Периферических отеков нет. Изменение ногтей в виде часовых стекол. Грудная клетка бочкообразной формы, межреберные промежутки расширены. Обе половины грудной клетки участвуют равномерно в акте дыхания. При сравнительной перкуссии над легкими коробочный звук. При аускультации легких выслушивается жесткое дыхание, сухие рассеянные свистящие хрипы. Резко удлинённый выдох. ЧД 25-26 в 1 минуту.

Верхушечный толчок не пальпируется. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1,0 см вправо от правого края грудины, верхняя - на уровне нижнего края III ребра, левая - по среднеключичной линии. Сердечные тоны ритмичные, приглушенные, выслушивается акцент II тона над легочной артерией. Пульс - 92 удара в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. А/Д - 150/90 мм рт.ст.

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10\*9\*8. Селезенка не увеличена, не пальпируется.

Общий анализ крови: Нб 150 г/л, эритроциты  $5,1 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты  $11,3 \cdot 10^9$  /л, СОЭ 28 мм/час

Анализ мокроты: слизисто-гнояная, вязкой консистенции, лейкоциты 50-60 в поле зрения, эритроцитов, эозинофилов, атипических клеток и ВК нет.

ФВД до ингаляции: ЖЕЛ - 78%, ОФВ1 - 45%; после ингаляции беротеком: ЖЕЛ - 87%, ОФВ1 - 56%.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз
2. Перечислите наиболее полный перечень данных, свидетельствующих о данном заболевании
3. Определите принципы диагностики и разработки профилактических стратегий при данной патологии

#### **Задача № 20 (ОПК-7, ПК-18, ПК-22)**

Больная Д., 34 лет, поступила в клинику с жалобами на приступы удушья до 8-10 раз в сутки, частично купируются повторными ингаляциями «Вентолина», чувство заложенности в груди, затрудненное носовое дыхание, слабость.

У пациентки с 4-х лет рецидивирующий риносинусит, с 5 лет частые «простуды», сопровождающиеся длительно сохраняющимся кашлем. В 7 лет прием аспирина вызвал появление крапивницы, усиление насморка, затруднение дыхания.

При осмотре: состояние больной средней степени тяжести. Конституция нормостеническая кожные покровы бледные, диффузный цианоз. Дыхание через нос затруднено. Дыхание шумное, хрипы слышны на расстоянии.

Грудная клетка цилиндрическая с увеличением передне-заднего размера, эластичность грудной клетки снижена. Голосовое дрожание ослаблено. ЧДД - 26 в мин. При перкуссии определяется коробочный звук. Нижняя граница легких опущена на 1 ребро, подвижность нижнего легочного поля снижена. При аускультации дыхание везикулярное ослабленное, выдох удлинён, выслушиваются сухие жужжащие и дискантовые хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона во втором межреберье слева от грудины. Пульс ритмичный, 100 уд. в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 140/90 мм ртутного столба. При пальпации живот мягкий, безболезненный.

Анализ крови: гемоглобин - 136 г/л, лейкоциты -  $8,5 \cdot 10^9$ /л, эозинофилы - 12%, палочкоядерные - 3%, сегментоядерные - 65%, лимфоциты - 18%, моноциты - 2%, СОЭ - 8 мм/ч.

Рентгенография органов грудной полости: повышение прозрачности легочной ткани, корни легких тяжисты, малоструктурны, расширены, умеренный пневмофиброз.

ЭКГ: высокий остроконечный зубец R в отведениях I и II, увеличение амплитуды зубца R в правых грудных отведениях (V1, 2), и амплитуда S в левых грудных отведениях (V5, 6).

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз
2. Перечислите наиболее полный перечень данных, свидетельствующих о данном заболевании
3. Определите принципы диагностики и разработки профилактических стратегий при данной патологии

#### **Задача № 21 (ОПК-7, ПК-14, ПК-18, ПК-22)**

Больной Д., 29 лет, поступил с жалобами на удушье, затрудненное дыхание, преимущественно на выдохе, одышку, малопродуктивный кашель, чувство заложенности в груди.

Впервые эпизоды затрудненного дыхания больной отметил в 12 лет после физической нагрузки, в состоянии покоя они проходили самостоятельно. Не обследовался, не лечился. С 17 до 27 лет приступов не было. В 27 лет вновь появились частые эпизоды затрудненного дыхания после физической нагрузки, при выходе на холодный воздух, на резкие запахи, которые стали сопровождаться появлением хрипов в груди. Для купирования приступов, по совету знакомых, принимал теплое питье и диазолин, приступы заканчивались кашлем с выделением небольшого количества вязкой стекловидной мокроты. Ухудшение состояния в течение последних двух суток связывает с перенесенной стрессовой ситуацией: появились приступы затрудненного дыхания, приступообразный кашель, ощущение заложенности в грудной клетке. Больной вызвал «скорую помощь» и был доставлен в клинику.

При поступлении состояние больного тяжелое, положение вынужденное: сидит нагнувшись, опираясь на локти, одышка резко выражена, выдох удлинен, дыхание шумное, свистящее на выдохе. Кожные покровы бледные, цианоз губ. В акте дыхания участвуют вспомогательные мышцы плечевого пояса, живота, груди. Грудная клетка «раздута», с расширенными межреберными промежутками. Голосовое дрожание ослаблено. Частота дыхания до 32 в минуту. При аускультации выдох почти в 2 раза продолжительнее вдоха, масса сухих, рассеянных свистящих хрипов.

Тоны сердца приглушены, акцент II тона во втором межреберье слева от грудины. Пульс ритмичный, 120 уд.в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 140/80 мм ртутного столба.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Анализ крови: гемоглобин – 140 г/л, лейкоциты –  $7,8 \cdot 10^9$ /л, эозинофилы – 10%, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 53%, лимфоциты – 24%, моноциты – 13%, СОЭ – 10 мм/ч.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз
2. Перечислите наиболее полный перечень данных, свидетельствующих о данном заболевании
3. Определите принципы диагностики и разработки профилактических стратегий при данной патологии

#### **Задача № 22 (ОПК-7, ПК-14, ПК18, ПК22)**

Больная Г. 32 лет, поступила с жалобами на боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую половину шеи, правое плечо, неприятный вкус во рту, тошноту, рвоту, кожный зуд.

Из анамнеза заболевания известно, что в течение последних 7 лет отмечает подобные приступы, как правило, провоцируемые приемом острой и жирной пищи. Настоящее ухудшение наблюдалось в течение последних 5 дней, когда вышеуказанные боли в правом подреберье участились, повысилась температура до фебрильных цифр и появился кожный зуд. В гинекологическом анамнезе у больной 2 беременности, 2 родов.

При осмотре: состояние больной средней тяжести. Рост – 166 см, вес – 81 кг, ИМТ – 29,4 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки иктеричны, следы расчёсов на коже.

Температура тела 39,3С. Перкуторно границы лёгких в пределах нормы. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца нормальной звучности, шумы не выслушиваются. ЧСС – 92 ударов в минуту. АД – 133/80 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен белым налётом. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Отмечается положительный симптом Керра, болезненность при надавливании между ножками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы у верхнего края ключицы. Размеры печени по Курлову: 9×8×6 см.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 139 г/л, лейкоциты –  $15,2 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 16 %, сегментоядерные нейтрофилы – 60 %, эозинофилы – 2 %, лимфоциты – 13 %, моноциты – 9 %, СОЭ – 27 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий билирубин – 55 ммоль/л, прямой билирубин – 42 ммоль/л, АСТ – 70 ЕД/л, АЛТ – 58 ЕД/л, холестерин – 7,3 ммоль/л, амилаза – 88 ЕД/л, щелочная фосфатаза – 223 ЕД/л, глюкоза – 5,1 ммоль/л, холестерин ЛПНП – 4,9 г/л.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз
2. Перечислите наиболее полный перечень данных, свидетельствующих о данном заболевании
3. Определите принципы диагностики и разработки профилактических стратегий при данной патологии

### **Задача № 23 (ОПК-7, ПК-18, ПК-22)**

Больной Д., 29 лет, поступил с жалобами на удушье, затрудненное дыхание, преимущественно на выдохе, одышку, малопродуктивный кашель, чувство заложенности в груди.

Впервые эпизоды затрудненного дыхания больной отметил в 12 лет после физической нагрузки, в состоянии покоя они проходили самостоятельно. Не обследовался, не лечился. С 17 до 27 лет приступов не было. В 27 лет вновь появились частые эпизоды затрудненного дыхания после физической нагрузки, при выходе на холодный воздух, на резкие запахи, которые стали сопровождаться появлением хрипов в груди. Для купирования приступов, по совету знакомых, принимал теплое питье и диазолин, приступы заканчивались кашлем с выделением небольшого количества вязкой стекловидной мокроты. Ухудшение состояния в течение последних двух суток связывает с перенесенной стрессовой ситуацией: появились приступы затрудненного дыхания, приступообразный кашель, ощущение заложенности в грудной клетке. Больной вызвал «скорую помощь» и был доставлен в клинику.

При поступлении состояние больного тяжелое, положение вынужденное: сидит нагнувшись, опираясь на локти, одышка резко выражена, выдох удлинён, дыхание шумное, свистящее на выдохе. Кожные покровы бледные, цианоз губ. В акте дыхания участвуют вспомогательные мышцы плечевого пояса, живота, груди. Грудная клетка «раздута», с расширенными межреберными промежутками. Голосовое дрожание ослаблено. Частота дыхания до 32 в минуту. При аускультации выдох почти в 2 раза продолжительнее вдоха, масса сухих, рассеянных свистящих хрипов.

Тоны сердца приглушены, акцент II тона во втором межреберье слева от грудины. Пульс ритмичный, 120 уд.в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 140/80 мм ртутного столба.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Анализ крови: гемоглобин – 140 г/л, лейкоциты –  $7,8 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 10%, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 53%, лимфоциты – 24%, моноциты – 13%, СОЭ – 10 мм/ч.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз
2. Перечислите наиболее полный перечень данных, свидетельствующих о данном заболевании

3. Определите принципы диагностики и разработки профилактических стратегий при данной патологии

#### **Задача № 24(ОПК-7, ПК-18, ПК-22)**

Больной Д., 40 лет, водитель, поступил клинику с жалобами на боли в эпигастрии, левом подреберье, схваткообразные боли в околопупочной области, увеличение объёма и частоты стула, тошноту, многократную рвоту съеденной пищей, отсутствие аппетита, общую слабость.

Из анамнеза заболевания известно, что данное ухудшение состояния возникло несколько дней назад после очередного приёма алкоголя и жирной пищи. Впервые подобные жалобы возникли 4 года назад на фоне злоупотребления крепкими спиртными напитками и нарушений диеты. К врачам не обращался. Обострения бывают 3-4 раза в год.

При осмотре состояние больного средней тяжести. Рост – 77 см, вес – 54 кг, ИМТ – 17,2 кг/м<sup>2</sup>. На коже груди и живота ярко-красные пятнышки, не исчезающие при надавливании. В лёгких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Ритм сердца правильный. ЧСС – 92 уд/мин. АД – 110/60 мм.рт.ст. Язык сухой, у корня обложен белым налётом. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Определяется болезненность в зоне Шоффара и точке Дежардена, положительный симптом Кача. Размеры печени по Курлову: 11×9×9 см,. Желчный пузырь не пальпируется. Селезёнка не пальпируется.

Общий анализ крови: гемоглобин – 128 г/л, лейкоциты – 10,3×10<sup>9</sup>/л, палочкоядерные нейтрофилы – 6 %, сегментоядерные нейтрофилы – 70 %, эозинофилы – 0 %, лимфоциты – 21 %, моноциты – 3 %, СОЭ – 20 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий билирубин – 18,9 ммоль/л, прямой билирубин – 4,2 ммоль/л, АСТ – 105 ЕД/л, АЛТ – 97 ЕД/л, γ-глутамилтранспептидаза – 150 МЕ/л, амилаза – 280 МЕ/л, щелочная фосфатаза – 230 МЕ/л, глюкоза – 5,2 ммоль/л.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз
2. Перечислите наиболее полный перечень данных, свидетельствующих о данном заболевании
3. Определите принципы диагностики и разработки профилактических стратегий при данной патологии

#### **Задача № 25 (ОПК-7, ПК-14, ПК-18, ПК-22)**

Больная П., 65 лет, поступила без сознания. Из анамнеза, со слов родственников, за два дня до потери сознания у нее отмечалась значительная слабость, вялость, сонливость, тошнота, рвота, сухость во рту, сильная жажда, обильное отделение мочи, одышка.

При осмотре общее состояние тяжелое. Сознание – кома. Температура тела 36,4С. Кожные покровы чистые, теплые на ощупь, обычной окраски. Язык сухой. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Периферических отеков нет. Запах ацетона в выдыхаемом воздухе (+). Определяется большое Куссмаулево дыхание, выраженная гипотония глазных яблок. Грудная клетка обычной формы, межреберные промежутки не расширены. При аускультации легких выслушивается жесткое дыхание, Хрипов нет, ЧД 10 в 1 минуту. Верхушечный толчок не пальпируется. Границы относительной сердечной тупости: правая – по краю правого края грудины, верхняя – на уровне нижнего края III ребра, левая - по среднеключичной линии. Сердечные тоны приглушены, пульс – 96 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 120/70 мм рт.ст.

Живот обычной формы, активно участвует в акте дыхания. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9\*8\*6.

ОАК: гликемия - 21 ммоль/л, остаточный азот крови - 84,6 ммоль/л.

ОАМ: (взята с помощью катетера) - удельный вес - 1040, сахар - 4,5%, белок - 2,5%, ацетон (+++).

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз
2. Перечислите наиболее полный перечень данных, свидетельствующих о данном заболевании
- 3 Определите объем первой врачебной помощи на догоспитальном этапе
4. Определите принципы диагностики и разработки профилактических стратегий при данной патологии

### **Задача № 26 (ОПК-7, ПК-18, ПК-22)**

Больной Д., 26 лет обратился к врачу в связи с жалобами на одышку при небольшой физической нагрузке. В анамнезе - частые ангины в детстве. В возрасте 9 лет отмечался эпизод болей в коленных суставах в течение недели. На фоне приема диклофенака боли прошли в течение 10 дней. В дальнейшем чувствовал себя хорошо. В течение последних трех лет отметил ухудшение переносимости физических нагрузок из-за одышки. Толерантность к нагрузкам резко снизилась в течение последних 5 месяцев: одышка стала возникать при ходьбе с обычной скоростью. К врачам не обращался. Неделю назад отметил приступ частого неритмичного сердцебиения, купированный самостоятельно через 5 часов.

При осмотре: кожные покровы обычной окраски, отмечается цианоз губ, кончика носа, «румянец» щек, в легких хрипов нет, ЧД 20/мин, перкуторно - верхняя граница сердца на уровне II межреберья, остальные границы - в пределах нормы. На верхушке – трехчленный ритм, хлопающий первый тон, диастолический шум. Тоны ритмичные, ЧСС 90\мин, АД 105/65 мм рт.ст. Живот безболезненный. Печень + 2 см от края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз
2. Перечислите наиболее полный перечень данных, свидетельствующих о данном заболевании
3. Определите принципы диагностики и разработки профилактических стратегий при данной патологии

### **Задача № 27 (ОПК-7, ПК-18, ПК-22)**

Больной Б., 52 лет, поступил в отделение с жалобами на «опоясывающие» боли в верхней части живота усиливающиеся вскоре после еды, многократную рвоту, вздутие и урчание живота.

Из анамнеза заболевания известно, что за 2 дня до поступления на фоне нарушения диеты (приём жирной, жареной пищи) у больного появились вышеуказанные жалобы.

Вредные привычки отрицает. Профессиональных вредностей нет.

При осмотре состояние больного средней тяжести. Рост – 169 см, вес – 50 кг, ИМТ – 17 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, сухие. В лёгких дыхание везикулярное хрипов нет. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Ритм сердца правильный. ЧСС – 88 ударов в минуту. АД – 135/70 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот мягкий, болезненный в точке, расположенной на границе наружной и средней трети линии, соединяющей пупок со серединой левой реберной дуги. Желчный пузырь не пальпируется.

Общий анализ крови: гемоглобин – 132 г/л, лейкоциты – 14×10<sup>9</sup>/л, палочкоядерные нейтрофилы – 8 %, сегментоядерные нейтрофилы – 68 %, эозинофилы – 0 %, лимфоциты – 19 %, моноциты – 5 %, СОЭ – 37 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий билирубин – 17,9 ммоль/л, прямой билирубин – 4,0 ммоль/л, АСТ – 30 МЕ/л, АЛТ – 39 МЕ/л, амилаза – 310 МЕ/л, щелочная фосфатаза – 224 МЕ/л, глюкоза – 4,6 ммоль/л.

Анализ мочи: диастаза – 146 МЕ/л.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз
2. Перечислите наиболее полный перечень данных, свидетельствующих о данном заболевании
3. Определите принципы диагностики и разработки профилактических стратегий при данной патологии

### **Задача № 28 (ОПК-7, ПК-18, ПК-22)**

Больная П., 65 лет, поступила без сознания. Из анамнеза, со слов родственников, за два дня до потери сознания у нее отмечалась значительная слабость, вялость, сонливость, тошнота, рвота, сухость во рту, сильная жажда, обильное отделение мочи, одышка.

При осмотре общее состояние тяжелое. Сознание – кома. Температура тела 36,4С. Кожные покровы чистые, теплые на ощупь, обычной окраски. Язык сухой. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Периферических отеков нет. Запах ацетона в выдыхаемом воздухе (+). Определяется большое Куссмаулево дыхание, выраженная гипотония глазных яблок. Грудная клетка обычной формы, межреберные промежутки не расширены. При аускультации легких высушивается жесткое дыхание, Хрипов нет, ЧД 10 в 1 минуту. Верхушечный толчок не пальпируется. Границы относительной сердечной тупости: правая – по краю правого края грудины, верхняя – на уровне нижнего края III ребра, левая - по среднеключичной линии. Сердечные тоны приглушены, пульс – 96 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. А/Д – 120/70 мм рт.ст.

Живот обычной формы, активно участвует в акте дыхания. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9\*8\*6.

ОАК: гликемия - 21 ммоль/л, остаточный азот крови - 84,6 ммоль/л.

ОАМ: (взята с помощью катетера) - удельный вес - 1040, сахар - 4,5%, белок - 2,5%, ацетон (+++).

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз
2. Перечислите наиболее полный перечень данных, свидетельствующих о данном заболевании
3. Определите объем первой врачебной помощи на догоспитальном этапе
4. Определите принципы диагностики и разработки профилактических стратегий при данной патологии

### **Задача №29 (ОПК-7, ПК-14, ПК-18, ПК-22)**

38 лет, доставлен машиной «скорой помощи» в больницу с жалобами на рвоту «кофейной гущей», боли в эпигастрии, изжогу. Известно, что страдает язвенной болезнью желудка в течение 2 лет. Отмечает сезонность обострений. При осмотре: язык обложен белым налётом, имеется болезненность в эпигастрии. Там же локальное напряжение.

Положительный симптом Менделя.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз
2. Перечислите наиболее полный перечень данных, свидетельствующих о данном заболевании
3. Определите объем первой врачебной помощи на догоспитальном этапе
4. Определите принципы диагностики и разработки профилактических стратегий при данной патологии

### **Задача №30 (ОПК-7, ПК-14, ПК-18, ПК-22)**

У больного 62 лет с острым крупноочаговым передним инфарктом миокарда возник приступ удушья. В анамнезе длительная неконтролируемая гипертония. При осмотре:

диффузный цианоз, ЧДД 28-30 в минуту, при аускультации в легких большое количество влажных разнокалиберных хрипов. ЧСС 100 в минуту, АД 180/100 мм рт ст Вопросы:

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз
2. Перечислите наиболее полный перечень данных, свидетельствующих о данном заболевании
3. Определите объем первой врачебной помощи на догоспитальном этапе
4. Определите принципы диагностики и разработки профилактических стратегий при данной патологии

#### **Эталоны ответов к ситуационным задачам.**

1. Бронхиальная астма атопическая (аллергическая), неконтролируемая, впервые выявленная. Вазомоторный ринит. Осложнение: дыхательная недостаточность I степени.
2. Гипертоническая болезнь III степени, II стадии, риск ССО III.
3. ИБС. Острый инфаркт миокарда с формированием зубца Q, осложненный острой левожелудочковой недостаточностью
4. Хроническая сердечная недостаточность IIБ стадии, ФК III
5. Первичный инфекционный эндокардит, острое течение с поражением аортального клапана (недостаточность III степени), относительная митральная недостаточность. ХСН IIБ, ФК III.
6. Вторичный инфекционный эндокардит, подострое течение с поражением митрального клапана (недостаточность III степени). ХСН IIА, ФК III.)
7. ИБС. Острый инфаркт миокарда с формированием зубца Q, осложненный острой левожелудочковой недостаточностью
8. ИБС. Острый инфаркт миокарда с формированием зубца Q передней стенки левого желудочка, осложненный нарушением сердечного ритма по типу политопной желудочковой экстрасистолии.
9. Внебольничная полисегментарная пневмония нижней доли правого легкого, тяжелого течения. ОДН.
10. Внебольничная стафилококковая полисегментарная пневмония в нижней доле правого лёгкого, тяжёлого течения. Осложнение: ОДН.
11. В данном случае можно думать о сахарном диабете, но для уточнения диагноза (тип сахарного диабета) необходимо более полное обследование пациента: анамнез, гликемический профиль, проведение специфических проб (ОГТТ), исследование остаточной секреции инсулина, определение гликированного гемоглобина.
12. Гипертоническая болезнь III степени, II стадии, риск ССО III.
13. Острый постстрептококковый гломерулонефрит, вторичная артериальная гипертензия II степени, риск ССО IV.
14. Хронический миелолейкоз, ст. акселерации; гепатоспленомегалия, анемия лёгкой степени, тромбоцитопения.
15. Внебольничная стафилококковая полисегментарная пневмония в нижней доле правого лёгкого, тяжёлого течения. Осложнение: ОДН.
16. В данном случае можно думать о сахарном диабете, но для уточнения диагноза (тип сахарного диабета) необходимо более полное обследование пациента: анамнез, гликемический профиль, проведение специфических проб (ОГТТ), исследование остаточной секреции инсулина, определение гликированного гемоглобина.
17. Диффузный токсический зоб II ст., тяжелое течение. Осл. Тиреотоксическое сердце.

- Мерцательная аритмия, тахиформа. ХСН II А.
18. ХОБЛ II ст., обострение. Эмфизема легких. Пульмосклероз. ДН II ст.;
  19. ХОБЛ III, обострение. Эмфизема легких. Пульмосклероз. Хроническое легочное сердце, ст. компенсации. Дыхательная недостаточность II.
  20. Бронхиальная астма тяжелого течения, неконтролируемая. Полипозный риносинусит. Эмфизема легких. Пульмосклероз. Дыхательная недостаточность II степени.
  21. Бронхиальная астма, смешанная форма, средней тяжести, неконтролируемая. Дыхательная недостаточность II степени.
  22. Хронический холецистит, стадия обострения. Холангит (?). Холестатический синдром.
  23. Бронхиальная астма, смешанная форма, средней тяжести, неконтролируемая. Дыхательная недостаточность II степени.
  24. Хронический обструктивный панкреатит, алкогольной этиологии, болевой вариант, часто рецидивирующего течения, стадия обострения.
  25. Сахарный диабет тип 1, декомпенсация, кетоацидотическая кома.
  26. Хроническая ревматическая болезнь сердца, порок стеноз митрального отверстия
  27. Хронический панкреатит, болевой вариант, часто рецидивирующий, в стадии обострения. Панкреатогенный сахарный диабет.
  28. Сахарный диабет тип 1, декомпенсация, кетоацидотическая кома.
  29. Язвенная болезнь ДПК или желудка, осложнённая кровотечением.
  30. Бронхиальная астма тяжелого течения, неконтролируемая. Полипозный риносинусит. Эмфизема легких. Пульмосклероз. Дыхательная недостаточность II степени.

### Раздел «Хирургия»

#### Задача № 1. (ОК-8, ОПК-4, ОПК-7, ПК-12, ПК-14)

1. Больной М., 18 лет жалуется на боли в эпигастральной области. Заболел остро, обратился через 1 час с момента заболевания. Вначале появилась тошнота, была однократная рвота. При объективном исследовании состояние удовлетворительное, положение активное, сознание ясное. Со стороны легких и сердца патологий не выявлено. Язык влажный. Живот при пальпации мягкий, отмечается умеренная болезненность в эпигастрии и в правой подвздошной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Температура тела - 37,2°С, лейкоцитов в крови -  $10,3 \times 10^9/\text{л}$ .

Вопросы по задаче:

1. О каком заболевании можно думать?
2. Какой характерный симптом заболевания у больного?
3. Какие симптомы надо проверить для подтверждения диагноза?
4. Какие дополнительные исследования могут помочь в диагностике?
5. Оперативное пособие при подтверждении диагноза?

#### Задача № 2. (ОК-8, ОПК-4, ОПК-7, ПК-12, ПК-14)

2. Больная 29 лет жалуется на боли по всему животу, усиливающиеся при движениях. Боли появились около 22 часов тому назад в эпигастрии, позже локализовались в правой подвздошной области, затем распространились по всему животу и стали сильнее. Состояние больной тяжелое. Пульс 120 ударов в минуту. Температура 38,4 °С. Язык сухой. Живот слегка вздут, в акте дыхания не участвует. При пальпации напряжен во всех отделах.

Симптомы Менделя и Щеткина-Блюмберга положительны. Печеночная тупость сохранена, аускультативно кишечные шумы не выслушиваются.

Вопросы по задаче:

1. О каком заболевании можно думать?
2. Какой характерный симптом заболевания у больного?
3. Что должен сделать врач при осмотре на дому?
4. Оперативное пособие при подтверждении диагноза?

**Задача № 3. (ОК-8, ОПК-4, ОПК-7, ПК-12, ПК-14)**

У больной Ш., 24 года, с беременностью 28 недель, протекающей без осложнений, появились острые боли в правой половине живота, тошнота, рвота. Подобный приступ возник впервые. При объективном исследовании состояние удовлетворительное. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот округлой формы за счет беременной матки. Дно матки пальпируется на 2 поперечные пальца выше пупка. В правой половине живота, больше в нижних отделах, при пальпации определяется резкая болезненность и выраженное мышечное напряжение. Положительны симптомы Щеткина-Блюмберга и Ровзинга. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Температура тела 37,6°С. Лейкоцитов в крови -  $14,5 \times 10^9/\text{л}$ . В моче следы белка и 4-5 лейкоцитов в поле зрения.

Вопросы по задаче:

1. Каков предварительный диагноз?
2. Особенности течения данного заболевания у беременных женщин?
3. Необходимо ли дополнительное обследование?
4. План лечения.

**Задача № 4. (ОК-8, ОПК-4, ОПК-7, ПК-12, ПК-14)**

Через сутки после операции аппендэктомии по поводу флегмонозного аппендицита у больного Т., 34 лет, появилась общая слабость, головокружение. При осмотре состояние больного тяжелое. Обращает на себя внимание бледность кожных покровов. В легких везикулярное дыхание. Пульс 104 удара в мин. слабого наполнения, ритмичен. АД 90/60 мм рт. ст. Живот слегка вздут, напряжен, особенно в нижних отделах и правой подвздошной области, болезнен, определяются симптомы раздражения брюшины. При исследовании крови – эритроциты  $2,6 \times 10^{12}/\text{л}$ , гемоглобин – 98 г/л.

Вопросы по задаче:

1. Какое возникло послеоперационное осложнение?
2. Чем объясняется напряжение мышц брюшной стенки и симптомы раздражения брюшины?
3. План лечения.

**Задача № 5. (ОК-8, ОПК-4, ОПК-7, ПК-12, ПК-14)**

Больной 36 лет 4 дня назад перенес аппендэктомию по поводу острого флегмонозного аппендицита. Операция завершена ушиванием послеоперационной раны наглухо. Жалуется на боли в ране, высокую температуру, озноб. Состояние средней тяжести. Язык сухой. Живот вздут, ригиден, болезнен в нижних отделах, кишечные шумы отчетливые, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. При ревизии послеоперационной раны на 3 сутки отделяемого не получено.

Вопросы по задаче:

1. Чем вызвано отклонение в течение послеоперационного периода?
2. Способ профилактики послеоперационных инфекционных осложнений в брюшной полости.
3. План обследования.
4. План лечения.

**Задача № 6. (ОК-8, ОПК-4, ОПК-7, ПК-12, ПК-14)**

Мужчина 20 лет предъявляет жалобы на боли в правой подвздошной области, сухость во рту. Боли появились 3-е суток назад, но были не очень интенсивными, к врачам не обращался. Сегодня боли несколько усилились. При обследовании: состояние удовлетворительное. Температура 37,6°С. Живот обычной формы, при пальпации болезненный в правой

подвздошной области. Здесь пальпируется плотное болезненное опухолевидное образование, неподвижное, размерами 8x8 см. Симптомов раздражения брюшины нет.

Вопросы по задаче:

1. Каков предварительный диагноз?
2. Какие клинические показатели нужно учитывать при лечении?
3. Инструментальная диагностика.
4. Лечебная тактика.

**Задача № 7. (ОК-8, ОПК-4, ОПК-7, ПК-12, ПК-14)**

У больного, которому 7 дней назад по поводу острого флегмонозного аппендицита удален червеобразный отросток, повысилась температура тела.

Характер температуры гектический. Жалуется на сухость во рту, боли в конце мочеиспускания, частые позывы к дефекации. Рана не беспокоит. Пульс - 108 ударов в минуту. Аускультативно: дыхание в обоих легких везикулярное. Язык влажный. Живот правильной формы, в дыхании участвует, мягкий, болезненный в нижних отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Анализ крови: лейкоциты -  $17,2 \times 10^9/\text{л}$ , нейтрофилы палочкоядерные - 8%.

Со стороны раны воспалительных явлений нет. При рентгенологическом исследовании патологии со стороны легких не выявлено.

Вопросы по задаче:

1. Развитие какого осложнения следует заподозрить?
2. Какие дополнительные исследования надо выполнить?
3. Как помочь больному?

**Задача № 8. (ОК-8, ОПК-4, ОПК-7, ПК-12, ПК-14)**

1. Больной 60 лет жалуется на боли в животе. Заболел остро 4 дня назад, лечился самостоятельно от "отравления". Боли, возникшие в подложечной области, постепенно стихли.

Состояние удовлетворительное. Температура тела  $37,2^\circ\text{C}$ . Язык влажный. Живот умеренно вздут, несколько болезнен в правой пахово-подвздошной области. Здесь же пальпируется плотное малоболезненное, несмещаемое образование  $12 \times 12$  см округлой формы. В анализе крови - лейкоцитоз  $12 \times 10^9/\text{л}$ .

Вопросы по задаче:

1. Каков предварительный диагноз?
2. Какие клинические показатели нужно учитывать при лечении?
3. Инструментальная диагностика.
4. Лечебная тактика.

**Задача № 9. (ОК-8, ОПК-4, ОПК-7, ПК-12, ПК-14)**

Больная 58 лет поступила в больницу с жалобами на постоянные боли в правом подреберье, температуру  $37,7^\circ$ , тошноту, 2-кратную рвоту желчью. Больна 2 суток. Заболевание связывает с обильным приемом жареной и жирной пищи. Принимала но-шпу - улучшения не было. Подобные боли возникли впервые. Стул и мочеиспускание не изменены. Объективно: состояние средней тяжести. Пульс 96 ударов в 1 минуту. Язык обложен желтым налетом, суховат. Живот участвует в дыхании, мягкий, при поверхностной пальпации отмечается болезненность в правом подреберье. При глубокой пальпации максимальная болезненность отмечается в точке проекции желчного пузыря, нечетко пальпируется дно желчного пузыря размерами  $3 \times 3$  см, болезненное. Симптомы Захарьина, Образцова положительные. Перитонеальные симптомы отрицательные. Лейкоциты  $14 \times 10^9/\text{л}$ .

Вопросы по задаче:

1. Каков предварительный диагноз?
2. Какие симптомы встречаются при этой патологии?
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
4. Какое лечение показано в настоящее время и в чем оно будет заключаться?

**Задача № 10. (ОК-8, ОПК-4, ОПК-7, ПК-12, ПК-14)**

У больной 64 лет 4 дня назад появилась умеренная боль в правом подреберье, которая постепенно усиливалась и иррадиировала под правую лопатку. Была тошнота, 3-кратная рвота желчью, постепенно стала повышаться температура. Связывает заболевание с приемом крошки. К врачу не обращалась, лечилась голодом и но-шпой, но улучшения не было. А 5 часов назад боли в правом подреберье резко усилились и распространились на всю правую половину живота. Подобный приступ впервые. Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски. Язык сухой, обложен желтым налетом. Пульс 100 ударов в 1 минуту. Живот не вздут, живот ограниченно участвует в дыхании, при пальпации определяется защитное мышечное напряжение и интенсивная болезненность по правому флангу, больше в правом подреберье. В правом боковом канале отмечается положительный симптом Менделя и Щеткина-Блюмберга. Печеночная тупость сохранена. Перистальтика ослаблена. Симптом поколачивания справа отрицательный. Температура 38,4°C.

Вопросы по задаче:

1. Какое первоначальное заболевание у больной?
2. Какое осложнение развилось и почему?
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
4. Какое лечение показано больной?

#### **Задача № 11. (ОК-8, ОПК-4, ОПК-7, ПК-12, ПК-14)**

В поликлинику к участковому врачу обратился больной М., 60 лет с жалобами на боль в правом подреберье. Заболел около 10 часов назад, после проглатывания в еде (ел сало). Боль постоянная, интенсивная, иррадиирует под правую лопатку и правое плечо, была двукратная рвота желчью. 2 года назад выявлена ЖКБ, несколько раз были приступы печеночной колики, но быстро проходили самостоятельно.

Объективно: состояние средней тяжести, сознание ясное. Со стороны легких и сердца патологий не выявлено. Пульс - 88 ударов в 1 мин. Язык суховат, обложен желтым налетом. Живот симметричен, не вздут, при пальпации интенсивно болезненный в правом подреберье, дно желчного пузыря не пальпируется. Симптомов раздражения брюшины нет. Температура тела - 37,8°C.

Вопросы по задаче:

1. Каков предварительный диагноз?
2. Какие симптомы следует проверить для уточнения диагноза?
3. Какие дополнительные исследования необходимы у данного больного?
4. Какое лечение показано и в чем оно будет заключаться?

#### **Задача № 12. (ОК-8, ОПК-4, ОПК-7, ПК-12, ПК-14)**

Больная 45 лет поступила в приемное отделение с жалобами на сильную боль в правом подреберье с иррадиацией под правую лопатку, в правое плечо и правую половину шеи, тошноту, 2-кратную рвоту желчью. Заболела остро 3 часа назад, после приема жирной пищи. Подобный приступ возник впервые. Год назад при обследовании была выявлена ЖКБ. Приняла 2 таблетки но-шпы, но боль не уменьшилась. Мочеиспускание не изменено. Стул был накануне заболевания, запорами не страдает.

Объективно: Больная ведет себя беспокойно, мечется от боли. Температура нормальная. Пульс 96 в 1 минуту. Кожные покровы обычной окраски. Язык влажный, обложен желтоватым налетом. Живот не вздут, симметричный, участвует в дыхании, мягкий, болезненный в правом подреберье. Дно желчного пузыря не пальпируется. Перитонеальные симптомы отрицательные. Лейкоциты  $6,2 \times 10^9 / \text{л}$ . В общем анализе мочи изменений нет.

Вопросы по задаче:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какое дополнительное обследование необходимо данной больной?
3. Какое лечение необходимо назначить для купирования приступа?
4. Какое осложнение может развиться, если приступ не купируется в ближайшие часы, и как изменится лечение?

**Задача № 13. (ОК-8, ОПК-4, ОПК-7, ПК-12, ПК-14)**

Больной 36 лет жалуется на сильные боли опоясывающего характера в верхних отделах живота, тошноту, многократную рвоту, которая не приносит облегчение. Заболел сутки назад, накануне выпил много пива и ел шашлык. Подобные боли впервые. В анамнезе язвенная болезнь ДПК.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Выражение лица страдальческое. Пульс 96 ударов в 1 минуту. Язык сухой. Живот ассиметричный за счет умеренного выбухания эпигастральной области, участвует в дыхании, мягкий, при пальпации отмечается умеренная болезненность в эпигастральной области, больше по средней линии на 5-6 см выше пупка. Симптомы Менделя и Щеткина-Блюмберга отрицательные. При перкуссии – печеночная тупость сохранена, над эпигастральной областью отмечается высокий тимпанит. Отмечается болезненность в треугольнике Пти слева. Лейкоциты  $8 \times 10^9/\text{л}$ . Температура  $37,0^\circ\text{C}$ .

Вопросы по задаче:

1. Каков предварительный диагноз?
2. Какие симптомы следует проверить для уточнения диагноза?
3. Какие дополнительные исследования необходимы у данного больного?
4. Какое лечение показано?

**Задача № 14. (ОК-8, ОПК-4, ОПК-7, ПК-12, ПК-14)**

Больной М., 30 лет жалуется на сильную боль в эпигастральной области, имеющую опоясывающий характер, тошноту, многократную рвоту. Заболел около 10 часов назад. Связывает заболевание с приемом алкоголя. Подобные боли раньше были, дважды лечился в стационаре по поводу острого панкреатита. Объективно: состояние средней тяжести. Выражение лица страдальческое. Язык сухой, обложен сероватым налетом. Живот асимметричен за счет умеренного вздутия в эпигастральной области, участвует в дыхании, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области, больше посредине. Никакие патологические образования в брюшной полости не определяются. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика ослаблена. Температура тела -  $36,6^\circ\text{C}$ . Пульс 100 ударов в 1 мин.

Вопросы по задаче:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Отметьте симптомы, которые необходимо проверить, для подтверждения диагноза.
3. Перечислите необходимы для подтверждения диагноза основные дополнительные методы обследования.
4. Какое лечение показано?

**Задача № 15. (ОК-8, ОПК-4, ОПК-7, ПК-12, ПК-14)**

У больного геморрагическим панкреонекрозом на 14-е сутки от начала заболевания усилились боли в животе и поясничной области слева, появилась гектическая температура до  $39,5^\circ\text{C}$ . При осмотре: состояние больного тяжелое, кожные покровы бледные. Пульс - 108 в минуту. Язык сухой. Живот слегка вздут, при пальпации болезненный в эпигастрии и в левом подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы вслушиваются. Отмечается гиперемия кожи и отечность в поясничной области слева. Симптом Мейо-Робсона резко положительный. Лейкоциты крови -  $20 \times 10^9/\text{л}$ .

Вопросы по задаче:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие специальные методы исследования помогут уточнить диагноз?
3. Какое требуется лечение?

**Задача № 16. (ОК-8, ОПК-4, ОПК-7, ПК-12, ПК-14)**

Больной 37 лет доставлен через 12 часов с момента появления многократной рвоты желчью и резких опоясывающих болей в верхней половине живота. Заболевание связывает с приемом алкоголя и жирной пищи. При осмотре: состояние тяжелое, бледность кожных покровов, акроцианоз живот вздут, ограниченно участвует в дыхании, напряжен и резко болезненный в эпигастральной области. Перкуторно - укорочение звука в отлогих местах живота.

Положительные симптомы Щеткина - Блюмберга и Мейо – Робсона. Пульс - 108 в минуту, слабого наполнения. Температура - 37.2°C. АД - 90/60 мм рт. ст. Лейкоциты -  $17 \times 10^9/\text{л}$ .

Вопросы по задаче:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Ваши лечебные мероприятия и их обоснование?

**Задача № 17. (ОК-8, ОПК-4, ОПК-7, ПК-12, ПК-14)**

Больной 67 лет обратился в поликлинику к хирургу с жалобами на сильные схваткообразные боли в животе, тошноту, вздутие живота, плохое отхождение газов и отсутствие стула в течение 3 суток. Накануне съел много груш. Подобные боли бывали и раньше, но меньшей интенсивности и быстро проходили после приема спазмолитиков и постановки клизмы. Склонность к запорам появилась год назад, к врачу по этому поводу не обращался, пользовался слабительными. Мочеиспускание не изменено.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Пульс 100 ударов в 1 минуту. Язык сухой. Живот вздут больше за счет правых отделов, участвует в дыхании, мягкий, умеренно болезненный по ходу правой половины толстого кишечника. В правой половине живота определяется "шум плеска" и высокий тимпанит с металлическим оттенком. Перитонеальные симптомы отрицательные. Перистальтика усилена.

Вопросы по задаче:

1. Каков предварительный диагноз?
2. Какие характерные симптомы необходимо проверить?
3. Какие дополнительные обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
4. Какое лечение показано?

**Задача № 18. (ОК-8, ОПК-4, ОПК-7, ПК-12, ПК-14)**

Больная 37 лет обратилась к хирургу с жалобами на сильные схваткообразные боли в животе, вздутие живота, тошноту, 3-кратную рвоту пищей и желчью, плохое отхождение газов. Стул был 2 дня назад. Заболела 12 часов назад. Накануне ела кукурузу. Подобных болей ранее не было. Мочеиспускание не изменено. Запорами не страдает. 15 лет назад была операция по поводу внематочной беременности.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Во время приступа болей ведет себя беспокойно, в межприступный период лежит спокойно. Пульс 96 ударов в 1 минуту. Язык суховат, обложен желтым налетом. Живот ассиметрично вздут, больше за счет верхних отделов, над лоном определяется старый послеоперационный рубец 15x0,5 см без признаков воспаления. Живот участвует в дыхании, мягкий, умеренно болезненный в мезогастрии посредине. Над вздутыми отделами живота определяется "шум плеска" и высокий тимпанит с металлическим оттенком. Перитонеальные симптомы отрицательные. Перистальтика усилена. Притупления во флангах нет.

Вопросы по задаче:

1. Каков предварительный диагноз?
2. Какие симптомы, характерные для кишечной непроходимости, уже описаны в задаче, а какие необходимо проверить?
3. Какое дополнительное обследование необходимо провести для подтверждения диагноза?
4. Какое лечение показано и в чем оно будет заключаться?

**Задача № 19. (ОК-8, ОПК-4, ОПК-7, ПК-12, ПК-14)**

Больной 35 лет поступил в приемное отделение с жалобами на сильные схваткообразные боли в животе, вздутие живота, тошноту, 4-кратную рвоту пищей и желчью.

Мочеиспускание не изменено. Газы отходят плохо, стула в день заболевания не было.

Заболела остро 7 часов назад, накануне съел много хурмы. Подобный приступ возник впервые. 10 лет назад перенес операцию по поводу острого аппендицита.

Объективно: Больной ведет себя беспокойно, мечется от боли. Пульс 100 в 1 минуту.

Кожные покровы обычной окраски. Язык суховат, обложен желтоватым налетом. Живот ассиметрично вздут за счет нижних отделов, в правой подвздошной области имеется старый

послеоперационный рубец 7x0,5 см без признаков воспаления. Живот участвует в дыхании, мягкий, слабо болезненный в мезо- и гипогастрии справа и посредине. Перитонеальные симптомы отрицательные. Перистальтика усилена. Лейкоциты  $6,2 \times 10^9/\text{л}$ . В общем анализе мочи изменений нет. Температура нормальная. При ректальном осмотре тонус сфинктера сохранен, в ампуле мягкий кал.

Вопросы по задаче:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие симптомы описаны в условии задачи, какие нужно проверить?
3. Какое дополнительное обследование необходимо провести данному больному?
4. Какова тактика хирурга?

**Задача № 20. (ОК-8, ОПК-4, ОПК-7, ПК-12, ПК-14)**

Больной С., 34 лет жалуется на очень интенсивную боль в мезогастрии, возникающую с периодичностью 15-20 минут. На высоте приступа отмечает рвоту умеренным количеством желчи, приносящую кратковременное облегчение. Болен около 4 часов.

Подобное состояние впервые. Заболевание связывает с обильным приемом пищи. Остро появился описанный симптомокомплекс, прием спазмолитиков оказался неэффективным. Накануне дефекация без особенностей, газы отходили.

При осмотре состояние средней тяжести. Периодически - во время болевого приступа - принимает вынужденное положение на боку с приведенными конечностями.

Кожа розовая, теплая. Дыхательных расстройств нет. Пульс 92 в минуту, ритмичный. АД 140 / 90 мм.рт.ст. Язык сухой. Живот симметричен, вздут незначительно, в дыхании участвует равномерно. При пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в мезогастрии. Симптомы раздражения брюшины отрицательны. Аускультативно - громкая перистальтика. При ректальном осмотре патологии не выявлено, кал коричневый, оформленный.

Вопросы по задаче:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте предположение.
3. Какие дополнительные методы исследования должны быть использованы для подтверждения диагноза?
4. С чего начинается лечение в стационаре?

**Задача № 21. (ОК-8, ОПК-4, ОПК-7, ПК-12, ПК-14)**

В приемное отделение инфекционного детского стационара самостоятельно обратились родители 3-месячного ребенка Д. Со слов матери в течение 8 часов поведение ребенка резко изменилось - стал беспокойным, отказывается от приема пищи.

За это время дважды была рвота непереваренной молочной смесью. Около часа назад при дефекации - кал типа «малинового желе». Озноба, лихорадки не было.

Ребенок от первой беременности, срочных родов. Вскармливание до 3 месяцев естественное, 3 дня назад в связи со снижением лактации введен докорм – молочная адаптированная смесь.

При осмотре состояние больного ребенка тяжелое. Вялый, адинамичный, положение вынужденное - на спине с приведенной правой нижней конечностью. Температура тела 37,4 С.

Дыхание 20 в минуту, ЧСС 120 в минуту, АД 90 и 40 мм.рт.ст. Язык сухой. Живот симметрично и равномерно вздут, в дыхании ограничивает правую подвздошную область.

При попытке пальпации активно сопротивляется исследованию правой подвздошной области. В правой подвздошной области определяется тестовидной консистенции продолговатое малоподвижное образование. Во время исследования - самостоятельная дефекация студневидным отделяемым с примесью крови без каловых масс.

Вопросы по задаче:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Обоснуйте предположение.
3. Какова тактика врача приемного отделения инфекционного стационара?
4. Какие консервативные мероприятия могут быть эффективными? Основной вид помощи.

**Задача № 22. (ОК-8, ОПК-4, ОПК-7, ПК-12, ПК-14)**

Больной Л., 84 лет, жалуется на постоянные разлитые боли в животе. Боли появились 3 суток назад в эпигастральной области. Сутки назад была однократная рвота. Накануне имел самостоятельный стул.

Язык сухой, обложен. Живот вздут, напряжен, болезненный во всех отделах, но несколько больше по правому боковому каналу. Перкуторно определяется тимпанит во всех отделах живота. Печеночная тупость сохранена. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Перистальтика не прослушивается.

Температура 38,8°C, Пульс – 100 уд.в 1 мин. Анализ крови: лейкоциты -  $18,1 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 10%, сегментоядерные - 70%, лимфоциты - 18%, моноциты - 2%, СОЭ - 16 мм/ч.

На обзорной рентгенограмме живота свободного газа и «чаш Клойбера» нет.

Вопросы по задаче:

1. Каков предварительный диагноз?
2. Лечебная тактика?

#### **Задача № 23. (ОК-8, ОПК-4, ОПК-7, ПК-12, ПК-14)**

В приемный покой больницы машиной скорой помощи доставлен мужчина 43 лет с диагнозом острый травматический перитонит, разрыв кишечника. Примерно 12 ч назад получил удар ногой в низ живота.

Живот напряжен, болезнен больше в нижних отделах. Симптом Щеткина - Блюмберга положительный. Помочиться самостоятельно не может, хотя не мочился в течение 6 ч до травмы и после нее.

На обзорной рентгенограмме свободного газа в брюшной полости нет.

Вопросы по задаче:

1. Что следует предполагать у пострадавшего?
2. Какими специальными методами исследования можно верифицировать диагноз?
3. Каков план лечения?

#### **Задача № 24. (ОК-8, ОПК-4, ОПК-7, ПК-12, ПК-14)**

Больной К., 46 лет, жалуется на боли в нижней половине живота, больше в правой подвздошной области. Заболел остро, 3 дня назад, когда появились боли в эпигастральной области, была рвота. За медицинской помощью не обращался. Состояние больного тяжёлое. Больной заторможен. Пульс 120 уд.в мин., ритмичный, слабого наполнения. Кожные покровы бледного цвета. Язык сухой. Живот несколько вздут, при пальпации определяется напряжение мышц по всему животу, положительные симптомы раздражения брюшины. Перистальтические шумы кишечника отсутствуют.

Вопросы по задаче:

1. О каком заболевании можно думать у данного больного?
2. Какие исследования необходимо провести?
3. Какова лечебная тактика в данном случае?

#### **Задача № 25. (ОК-8, ОПК-4, ОПК-7, ПК-12, ПК-14)**

Больной 36 лет. В анамнезе язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Около 2 недель усилились изжога, боли в эпигастрии на голодный желудок. Около 2 часов назад появились резкие кинжальные боли в эпигастрии, однократно наблюдалась рвота съеденной пищей. Жалуется на боли по всему животу режущего характера, затруднен вдох из-за болей в животе, слабость. Объективно: кожные покровы бледные. Выражение лица страдальческое, лежит в вынужденной позе на боку с приведенными к животу ногами. Пульс 68 ударов в минуту, АД-100/60 мм рт. ст. Со стороны сердца и легких отклонений от нормы не выявлено. Язык сухой, чистый. Живот втянут, не участвует в акте дыхания, при пальпации резко напряжен и болезнен во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Печеночная тупость отсутствует.

Вопросы по задаче:

1. Каков предварительный диагноз?
2. Какие исследования позволяют подтвердить диагноз?

3. Лечебная тактика.

**Задача № 26. (ОК-8, ОПК-4, ОПК-7, ПК-12, ПК-14)**

В приемный покой доставлен 50-летний мужчина с жалобами на боли в животе, которые появились внезапно, как удар кинжалом, 10 ч назад. В течение 18 лет страдает язвенной болезнью желудка.

Язык сухой, обложен. Пульс - 104 удара в минуту. Артериальное давление - 120/80 мм рт. ст. Живот в акте дыхания не участвует, доскообразно напряжен, болезненный преимущественно в эпигастрии и по правому боковому каналу. Перкуторно печеночная тупость не определяется. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Перистальтика не прослушивается.

Вопросы по задаче:

1. Каков предварительный диагноз?
2. Какие диагностические исследования необходимо выполнить в приемном отделении?
3. Какой объем операции показан?

**Задача № 27. (ОК-8, ОПК-4, ОПК-7, ПК-12, ПК-14)**

В клинику доставлена 86-летняя больная с жалобами на сильные боли в животе, которые появились сутки назад внезапно, «как удар кинжала в живот». Около 20 лет страдает гастритом и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

При осмотре живот доскообразно напряжен, в акте дыхания не участвует, резко болезненный во всех отделах, больше в эпигастрии. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Перистальтика не прослушивается.

На обзорной рентгенограмме свободный газ под куполами диафрагмы не определяется.

Вопросы по задаче:

1. Что случилось с больной?
2. Исключает ли результат рентгенологического исследования Ваше предположение? Как можно подтвердить свой диагноз?
3. Каков объем операции?

**Задача № 28. (ОК-8, ОПК-4, ОПК-7, ПК-12, ПК-14)**

У больного 23 лет около 6 часов назад появилась резкая слабость, холодный пот, дважды была рвота типа "кофейной гущи". До момента госпитализации трижды был стул жидким калом черного цвета.

Вопросы по задаче:

1. Из какого отдела ЖКТ возникло кровотечение?
2. Что нужно сделать для установления источника кровотечения?
3. Перечислите необходимые меры для остановки кровотечения?

**Задача № 29. (ОК-8, ОПК-4, ОПК-7, ПК-12, ПК-14)**

Больной 23 лет госпитализирован с жалобами на резкую слабость, головокружение. Около 6 часов назад появилась резкая слабость, холодный пот, дважды была рвота типа "кофейной гущи". До момента госпитализации трижды был стул жидким калом черного цвета - мелена. Пульс - 120 в минуту. АД - 90/60 мм рт. ст. Нв 64 г/л, гематокрит - 23%.

Вопросы по задаче:

1. Какие меры необходимо использовать для остановки кровотечения?
2. Какие препараты Вы используете в качестве первых для восполнения объема циркулирующей крови?
3. Какую кровь предпочтительнее использовать для гемотрансфузии?

**Задача № 30. (ОК-8, ОПК-4, ОПК-7, ПК-12, ПК-14)**

Больной 23 лет госпитализирован с жалобами на резкую слабость, головокружение. Около 6 часов назад появилась резкая слабость, холодный пот, дважды была рвота "кофейной гущей". До момента госпитализации трижды был жидкий стул черного цвета? Пульс - 120 в минуту. АД - 90/60 мм рт. ст. Нв - 65 г/л, гематокрит - 23%. Группа крови АВ (IV) +. При срочной гастродуоденоскопии обнаружено, что в желудке большое количество жидкости цвета "кофейной гущи" с примесью алой крови. На передней стенке луковицы 12-перстной кишки

определяется глубокий язвенный дефект до 1.5 см в диаметре, из которого активно поступает кровь.

Вопросы по задаче:

1. Какие эндоскопические методы остановки кровотечения могут быть применены?
2. Как в этой ситуации поступить: продолжать консервативную терапию или экстренно оперировать больного?
3. Если принято решение оперировать больного, то какие операции могут быть проведены?
4. Как называются операции в зависимости от сроков?

**Задача № 31. (ОК-8, ОПК-4, ОПК-7, ПК-12, ПК-14)**

Больной страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки в течение 6 лет. Последнюю неделю интенсивные голодные и ночные боли. Внезапно развилась резкая слабость, холодный пот, исчезновение болей. АД - 90/60 мм рт.ст. Анализ крови: эр. -  $4.1 \times 10^{12}/л$ , Нб - 140 г/л. При пальцевом исследовании кал нормального цвета.

Вопросы по задаче:

1. Какое осложнение развилось у больного?
2. С чем связано исчезновение болей?
3. Как объяснить нормальные показатели анализа крови?
5. Как подтвердить диагноз?

**Задача № 32. (ОК-8, ОПК-4, ОПК-7, ПК-12, ПК-14)**

Больной 66 лет обратился в поликлинику к хирургу с жалобами на наличие припухлости в правой паховой области, которая появилась неделю назад после тяжелой физической работы. Болей практически нет. В положении лежа выпячивание отсутствует, в вертикальном положении и при натуживании вновь появляется. Стул регулярный. Мочеиспускание не изменено.

Объективно: состояние удовлетворительное. Пульс 76 ударов в 1 минуту. Язык влажный. В вертикальном положении в правой паховой области определяется образование 6х6х5 см, спускающееся в мошонку, кожа над ним не изменена. Образование мягко-эластической консистенции, безболезненное, при перкуссии над ним тимпанит. В горизонтальном положении образование самостоятельно исчезает. В мошонке пальпируются два нормальных яичка. Живот не вздут, участвует в дыхании, мягкий, безболезненный. Перитонеальные симптомы отрицательные. Перистальтика удовлетворительная. Лейкоциты  $6,4 \times 10^9/л$ .

Вопросы по задаче:

1. Каков предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные данные необходимо получить при осмотре больного?
3. С каким заболеванием необходимо провести дифференциальный диагноз? Какими дополнительными методами это можно сделать?
4. Какое лечение показано и в чем оно будет заключаться?
5. Какие рекомендации необходимо дать пациенту при отказе от лечения?

**Задача № 33. (ОК-8, ОПК-4, ОПК-7, ПК-12, ПК-14)**

Больная 57 лет обратилась к участковому терапевту с жалобами на наличие выпячивания в области пупка. Выпячивание существует около 5 лет, не беспокоит, но последний год стало больше в размерах. Стул и мочеиспускание в норме.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Язык влажный. Пульс 78 ударов в 1 минуту. Живот деформирован за счет образования в области пупка, размерами 5х5х5 см., кожа над ним не изменена. В горизонтальном положении образование становится несколько меньше, при пальпации оно безболезненное, мягко-эластической консистенции, вправляется в брюшную полость. При подъеме головы и напряжении мышц живота над пупком появляется выпячивание 17х5 см, безболезненное, которое исчезает при расслаблении мышц. Живот участвует в дыхании, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальные симптомы отрицательные. Печеночная тупость сохранена. Перистальтика обычная. Температура 36,4°C.

Вопросы по задаче:

1. Каков предварительный диагноз?
2. Какая сопутствующая патология выявлена при осмотре?
3. Какие данные необходимо еще получить при осмотре больной?
4. Какое лечение показано больной?

**Задача № 34. (ОК-8, ОПК-4, ОПК-7, ПК-12, ПК-14)**

Больной 68 лет поступил с приемное отделение с жалобами на сильные боли в правой паховой области. Заболел остро 4 часа назад после приступа сильного кашля (бронхит курильщика). Подобные боли впервые. В анамнезе на протяжении 4 лет - неосложненная паховая грыжа справа, от предлагаемой операции отказывался. Объективно: состояние средней степени тяжести. Выражение лица страдальческое. Пульс 96 ударов в 1 минуту. Язык суховат. Живот ассиметричный за счет образования в правой паховой области, размеры образования 7x7x7 см, кожа над ним не изменена. Образование болезненное, плотной консистенции, в положении лежа в брюшную полость не уходит и меньше не становится, при перкуссии над ним - тупой звук. Живот участвует в дыхании, мягкий, при пальпации безболезненный в других отделах. Симптомы Менделя и Щеткина-Блюмберга отрицательные. Перистальтика не изменена. Температура 36,9°C. Лейкоциты  $7,8 \times 10^9/\text{л}$ .

Вопросы по задаче:

1. Каков предварительный диагноз?
2. Что указывает на наличие такого осложнения?
3. Можно ли вправлять выпячивание и почему?
5. Какое лечение показано?

**Задача № 35. (ОК-8, ОПК-4, ОПК-7, ПК-12, ПК-14)**

В поликлинику к участковому врачу обратился больной С., 68 лет с жалобами на наличие припухлости в правой паховой области. Припухлость появляется в вертикальном положении и исчезает лежа. Боли практически не беспокоят. Подобные жалобы появились около месяца назад. Около года назад возникли проблемы с мочеиспусканием (затрудненное, частое мочеиспускание), был установлен диагноз аденомы предстательной железы.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Пульс 76 ударов в минуту. Язык влажный. Живот не вздут, в правой паховой области при натуживании появляется образование 5x5x4 см. Живот мягкий, безболезненный. Перитонеальные симптомы отрицательные. Перистальтика удовлетворительная. Температура тела - 36,5°C.

Вопросы по задаче:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Отметьте симптомы, которые необходимо проверить, для подтверждения диагноза.
3. Определите действия участкового врача.
4. Какие рекомендации должен дать хирург больному?

**Задача № 36. (ОК-8, ОПК-4, ОПК-7, ПК-12, ПК-14)**

У больного П. 56 лет, внезапно после подъема тяжелого мешка с картошкой появились боли в левой паховой области, там же появилось плотное болезненное образование. Боли сильные, постоянные, появились 1 час назад. Больной вызвал врача скорой помощи. Известно, что 2 года назад был поставлен диагноз неосложненной паховой грыжи слева. Подобные боли появились впервые.

Объективно: состояние средней тяжести. Пульс 96 ударов в минуту. Язык влажный. В левой паховой области определяется плотное болезненное образование, спускающееся в мошонку, размерами 8x7x7 см, кожа над ним не изменена. Живот не вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальные симптомы отрицательные. Перистальтика обычная. Температура тела - 36,7°C.

Вопросы по задаче:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Нужно ли вправить образование и определить размеры наружного пахового кольца?
3. Можно ли вводить какие-либо препараты (спазмолитики, анальгетики)?
4. Каковы действия врача скорой помощи?

5. Каковы действия врача-хирурга приемного отделения?

**Задача № 37. (ОК-8, ОПК-4, ОПК-7, ПК-12, ПК-14)**

45-летний мужчина обратился к врачу с жалобами на появление в правой паховой области припухлости и боли при физическом усилии. При кашле или натуживании больного в правой паховой области выше пупартовой связки определяется выпячивание размером 4x2x2 см, мягкоэластической консистенции, безболезненное при пальпации и свободно вправляющееся в брюшную полость после прекращения физической нагрузки. Наружное отверстие правого пахового канала расширено до 2 см. Положительный симптом кашлевого толчка.

Вопросы по задаче:

1. Каков Ваш диагноз?
2. Лечебная тактика?
3. Лечение?

**Задача № 38. (ОК-8, ОПК-4, ОПК-7, ПК-12, ПК-14)**

Больной К., 47 лет, жалуется на боли в животе, тошноту. Из анамнеза известно, что вечером, будучи в нетрезвом состоянии, упал на живот. От вызова «скорой помощи» категорически отказывался и только спустя 12 ч после получения травмы согласился.

Больной лежит на правом боку с подтянутыми к животу ногами. Пульс - 100 ударов в минуту. Артериальное давление - 115/80 мм рт. ст. Язык сухой, обложен налетом грязно-серого цвета. Живот в акте дыхания не участвует, определяется доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки. Поколачивание кончиками пальцев по животу вызывает резкое усиление болей в нем. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Перистальтика не прослушивается (симптом «гробовой тишины»).

Вы - врач скорой помощи.

Вопросы по задаче:

1. Каков Ваш предположительный диагноз?
2. Какие анальгетики надо ввести больному?
3. Тактика лечения?

**Задача № 39. (ОК-8, ОПК-4, ОПК-7, ПК-12, ПК-14)**

В сельскую участковую больницу обратился мужчина 23 лет, которого около часа назад на свадьбе незнакомый ударил ножом в живот.

Состояние средней тяжести. Пульс - 92 удара в минуту. Артериальное давление - 120/80 мм рт.ст. На передней брюшной стенке левее и ниже пупка имеется колото-резаная рана до 3,5 см в длину с выпавшим из нее сальником. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптом Щеткина - Блюмберга сомнительный. Перкуторно печеночная тупость сохранена.

Вы врач участковой больницы

1. Как сформулируете диагноз?
2. Какую помощь Вы окажете пострадавшему?
3. Что делать с выпадающим из раны сальником?

**Задача № 40. (ОК-8, ОПК-4, ОПК-7, ПК-12, ПК-14)**

В приемный покой больницы доставлен мужчина 35 лет с жалобами на боли в животе. Около 8 ч назад был избит неизвестными.

Состояние средней тяжести. Пульс - 104 удара в минуту. Артериальное давление - 120/80 мм рт.ст. Язык обложен, сухой. Передняя брюшная стенка в акте дыхания не участвует, напряжена. Живот болезненный, больше в нижних отделах. Печеночная тупость сохранена.

Симптом Щеткина - Блюмберга положительный. Прослушиваются единичные слабые перистальтические шумы. Анализ крови: лейкоциты -  $16,4 \times 10^9/\text{л}$ , палочкоядерные нейтрофилы - 8%. Анализ мочи без особенностей. На обзорной рентгенограмме живота в положении больного сидя свободный газ под куполами диафрагмы не определяется.

Вопросы по задаче:

Как сформулировать диагноз?

Можно ли исключить разрыв полого органа?

Какой должна быть лечебная тактика?

**Задача № 41. (ОК-8, ОПК-4, ОПК-7, ПК-12, ПК-14)**

Приехав на вызов, бригада скорой помощи обнаружила пострадавшего Н. 28 лет, который 30 минут назад получил удар ножом в мезогастральную область. Пострадавший жалуется на боль в животе, на общую слабость. На передней брюшной стенке имеется рана 4х2 см., из которой выпала петля тонкой кишки. Пальпация живота болезненна в области раны. В нижних отделах живота определяются нечеткие симптомы раздражения брюшины.

Родственникам, требовавшим ввести пострадавшему обезболивающие средства, врач объяснил, что этого нельзя делать, так как в стационаре возникнут сложности при диагностике. Для того, чтобы петля кишки не травмировалась при транспортировке, врач вправил ее в брюшную полость, наложив асептическую повязку и разрешил пострадавшему спуститься в машину скорой помощи для последующей транспортировки в стационар.

Вопросы по задаче:

1. Как сформулировать диагноз?
2. Какую помощь необходимо оказать на месте?
3. Какой должна быть тактика врача стационара?

**Задача № 42. (ОК-8, ОПК-4, ОПК-7, ПК-12, ПК-14)**

В течение 3 недель у больного высокая температура - до 39°C, боли в левой половине грудной клетки снизу. Кашель со скудной мокротой. Накануне появился кашель с обильным выделением зловонной мокроты. При аускультации в области нижней доли левого легкого выслушивается "амфорическое" дыхание.

Вопросы по задаче:

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. Какое необходимо обследование?
3. Каков план лечения?

**Задача № 43. (ОК-8, ОПК-4, ОПК-7, ПК-12, ПК-14)**

У больного 40 лет высокая температура - до 39°C, ознобы, резкая потливость, боли в правой верхней половине грудной клетки. Положение вынужденное - полусидячее. Кашель с кровянистой зловонной мокротой. Печень выступает на 3 см из-под реберной дуги. Цианоз губ, акроцианоз. Дыхание до 28 в 1 минуту. При аускультации - справа в верхних отделах разнокалиберные влажные хрипы.

Вопросы по задаче:

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. Какое необходимо обследование?
3. Каков план лечения?

**Задача № 44. (ОК-8, ОПК-4, ОПК-7, ПК-12, ПК-14)**

У больного 60 лет в течение 10 дней высокая температура - до 39°C, боли в правой половине грудной клетки, кашель со скудной мокротой. Накануне состояние внезапно ухудшилось, усилились боли в грудной клетке, появилась выраженная одышка до 26 в 1 минуту. Положение вынужденное - полусидячее, цианоз губ, акроцианоз. Тахикардия до 120 ударов в 1 минуту. Одутловатость лица и шеи. При аускультации дыхание справа резко ослаблено, перкуторно - тупость в нижних отделах грудной клетки и тимпанит в верхних отделах.

Перкуторно средостение смещено влево.

Вопросы по задаче:

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. Какое необходимо обследование?
3. Каков план лечения?

**Задача № 45. (ОК-8, ОПК-4, ОПК-7, ПК-12, ПК-14)**

Больной 63 лет восемь месяцев назад впервые подавился картофельным пюре. С того времени стал отмечать затрудненное прохождение по пищеводу не только твердой, но и полужидкой пищи. Во время прохождения пищи чувствует за грудиной боль, которая иррадирует в правое подреберье. За время болезни потерял 12 кг. Последние два месяца

питается полужидкой и жидкой пищей. Общее состояние больного удовлетворительное, питание понижено.

Вопросы по задаче:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План обследования?
3. Варианты хирургического лечения?

**Задача № 46. (ОК-8, ОПК-4, ОПК-7, ПК-12, ПК-14)**

Больной 65 лет обратился к врачу с жалобами на боли в левой половине грудной клетки приступообразного характера. В течение месяца периодически возникают непостоянные затруднения в прохождении твердой пищи, ухудшение аппетита. В анамнезе - пневмония, холецистит, гастрит, почечно-каменная болезнь. При осмотре: состояние больного удовлетворительное, телосложение нормостеническое, питание не снижено. Умеренная болезненность при пальпации в эпигастральной области. Анализ крови: НЬ - 100 г/л, лейкоц. -  $6.7 \times 10^9$ /л, п/я - 1, с/я - 68, эоз. - 1. лимф. - 25, мон. - 5, СОЭ - 35 мм/час. Анализ мочи: без патологии. ЭКГ: выраженные изменения в миокарде. Рентгенограмма легких без видимой патологии.

Вопросы по задаче:

1. Как называется нарушение глотания?
2. Ваш предварительный диагноз?
3. Какие методы обследования следует применить для уточнения диагноза?

**Задача № 47. (ОК-8, ОПК-4, ОПК-7, ПК-12, ПК-14)**

Студент IV курса медицинского института приглашен к соседу, своему 21-летнему приятелю, который после поднятия тяжести ощутил резкую боль в правой половине грудной клетки, одышку. Объективно: состояние средней тяжести, вынужденное положение, частота дыхания 24 в 1 минуту. Пульс 92 в 1 минуту, АД-110/70 мм рт. ст. При аускультации дыхание справа резко ослаблено, перкуторно - тимпанит, пальпация грудной стенки безболезненна.

Вопросы по задаче:

1. Каков Ваш диагноз?
2. Какое необходимо исследование?
3. Какое необходимо лечение?

**Эталоны ответов**

**Ответы к ситуационной задаче № 1.**

1. Острый аппендицит.
2. Кохера-Волковича.
3. Воскресенского, Ровзинга, Ситковского, Бартомье-Михельсона.
4. УЗИ, лапароскопия.
5. Аппендэктомия.

**Ответы к ситуационной задаче № 2.**

1. Острый деструктивный аппендицит. Распространенный перитонит, сепсис.
2. Напряжение мышц брюшной стенки, Симптомы Менделя и Щеткина – Блюмберга.
3. Организовать транспортировку в хирургический стационар.
4. Лапаротомия, аппендэктомия, санция, дренирование брюшной полости.

**Ответы к ситуационной задаче № 3.**

1. Острый деструктивный аппендицит.
2. Более высокое расположение червеобразного отростка, угроза прерывания беременности.
3. Нет.
4. Срочная операция - аппендэктомия.

**Ответы к ситуационной задаче № 4.**

1. Внутривнутрибрюшное кровотечение.

2. Раздражение брюшины излившейся кровью.
3. Неотложная релапаротомия, остановка кровотечения прошиванием, санация, дренирование брюшной полости.

**Ответы к ситуационной задаче № 5.**

1. Вероятно послеоперационное инфекционное осложнение в брюшной полости (инфильтрат, абсцесс).
2. Дренирование брюшной полости.
3. Ректальное обследование; УЗИ, КТ брюшной полости.
4. При наличии инфильтрата – консервативное, при наличии абсцесса – вскрытие его.

**Ответы к ситуационной задаче № 6.**

1. Аппендикулярный инфильтрат.
2. Температурная кривая, лейкоцитарная реакция крови, изменение размеров инфильтрата.
3. УЗИ, КТ брюшной полости.
4. Консервативная терапия (местно холод, антибиотики, спазмолитики, паранефральная новокаиновая блокада, диета.) Операция аппендэктомия через 1,5-2 мес. в плановом порядке.

**Ответы к ситуационной задаче № 7.**

1. Абсцесс Дугласова пространства.
2. Ректальное пальцевое исследование, УЗИ, КТ брюшной полости.
3. Трансректальное вскрытие абсцесса.

**Ответы к ситуационной задаче № 8.**

1. Аппендикулярный инфильтрат.
2. Температурная кривая, лейкоцитарная реакция крови, изменение размеров инфильтрата.
3. УЗИ, КТ брюшной полости.
4. Консервативная терапия (местно холод, антибиотики, спазмолитики, паранефральная новокаиновая блокада, диета.) Операция аппендэктомия через 1,5-2 мес. в плановом порядке.

**Ответы к ситуационной задаче № 9.**

1. Острый холецистит.
2. Симптомы Ортнера-Грекова, Мерфи, Георгиевского-Мюсси.
3. Биохимическое исследование крови (билирубин, амилаза, глюкоза, АсТ, АлТ, мочевины), УЗИ печени, желчного пузыря и поджелудочной железы, рентгенографию легких.
4. Показано консервативное лечение в условиях хирургического стационара (голод, холод, спазмолитики, антибиотики широкого спектра действия, дезинтоксикационная терапия), а также УЗИ и контроль лейкоцитов крови в динамике.

**Ответы к ситуационной задаче № 10.**

1. Острый холецистит
2. Перфорация желчного пузыря, распространенный перитонит. Связано с поздним обращением к врачу.
3. Общий анализ крови (лейкоциты), УЗИ печень, желчного пузыря + свободная жидкость в брюшной полости. А также общеклиническое обследование для операции (группа крови и резус фактор, глюкоза, мочевины, билирубин, амилаза; ЭКГ и консультация терапевта).
4. Учитывая наличие распространенного перитонита, показана срочная операция. Она будет заключаться в срединной лапаротомии, холецистэктомии, санации и дренировании брюшной полости.

**Ответы к ситуационной задаче № 11.**

1. Следует предположить острый холецистит
2. Для подтверждения диагноза необходимо проверить следующие симптомы Захарьина, Образцова, Мерфи, Ортнера-Грекова, Георгиевского-Мюсси
3. Методами дополнительного обследования, способными дать сведения для подтверждения диагноза, являются общий анализ крови (повышение количества лейкоцитов, СОЭ и сдвиг формулы влево) и УЗИ желчного пузыря и поджелудочной железы.
5. Пациенту показано консервативное лечение в хирургическом стационаре после дообследования. Лечение: голод, холод на правое подреберье, спазмолитики, антибиотики

широкого спектра действия, дезинтоксикационная терапия, а также УЗИ контроль и контроль лейкоцитов крови в динамике.

**Ответы к ситуационной задаче № 12.**

1. ЖКБ, печеночная колика.
2. УЗИ желчного пузыря
3. Анальгетики, спазмолитики, холод на правое подреберье, паранефральная новокаиновая блокада.
4. Острый холецистит. Необходимо продолжение консервативного лечения в хирургическом отделении. Добавляются антибиотики широкого спектра действия, дезинтоксикационная терапия под контролем УЗИ и общего анализа крови в динамике.

**Ответы к ситуационной задаче № 13.**

1. Острый панкреатит
2. Симптомы Керте, Каменчик, Бонде, Воскресенского, Мейо-Робсона, Мондора, Кулена, Грей-Тернера.
3. Исследование крови на амилазу, билирубин и глюкозу; УЗИ желчного пузыря, поджелудочной железы + свободная жидкость в брюшной полости; ФГДС (учитывая язвенный анамнез)
4. Лечение консервативное: голод 3-5 дней, холод на эпигастральную область, спазмолитики, дезинтоксикационная терапия, снижение секреции поджелудочной железы (октреотид, блокаторы протоновой помпы); снижение активности ферментов, циркулирующих в крови (контрикал, гордокс в/в), антибиотики для профилактики гнойных осложнений (цефалоспорины III поколения), обезболивание, паранефральная или перидуральная блокада.

**Ответы к ситуационной задаче № 14.**

1. Острый панкреатит.
2. Керте, Каменчик, Воскресенского, Бонде, Мейо-Робсона
3. Общий анализ крови; амилаза мочи; амилаза, глюкоза, билирубин, мочевины крови; УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, брюшной полости на наличие свободной жидкости.
4. Консервативное: голод 3-5 дней, холод на эпигастральную область, спазмолитики, дезинтоксикационная терапия, снижение секреции поджелудочной железы (октреотид, блокаторы протоновой помпы); снижение активности ферментов, циркулирующих в крови (контрикал, гордокс в/в), антибиотики для профилактики гнойных осложнений (цефалоспорины III поколения), обезболивание, паранефральная или перидуральная блокада.

**Ответы к ситуационной задаче № 15.**

1. Гнойные осложнения острого панкреатита (абсцесс сальниковой сумки, забрюшинная флегмона).
2. УЗИ, КТ брюшной полости и забрюшинного пространства.
3. Срочная операция дренирование абсцесса под УЗИ контролем или традиционно: лапаротомия, дренирование абсцесса сальниковой сумки, забрюшинного пространства, брюшной полости.

**Ответы к ситуационной задаче № 16.**

- 1) Острый панкреатит. Перитонит.
- 2) Общий анализ крови, амилаза крови и мочи. УЗИ поджелудочной железы.
- 3) Срочная операция – лапароскопия, дренирование брюшной полости.
- 4) Интенсивная терапия голод, парентеральное питание, холод на эпигастральную область, спазмолитики, дезинтоксикационная терапия, анальгетики, препараты, угнетающие секрецию поджелудочной железы, антиферментные препараты, паранефральная блокада.

**Ответы к ситуационной задаче № 17**

1. Отрая кишечная непроходимость.
2. Необходимо проверить симптомы Валя, Склярова, Кивуля, выслушать патологические кишечные шумы (шум лопающихся пузырьков и шум падающей капли) и проверить

симптомы, характерные для низкой кишечной непроходимости – симптом Обуховской больницы, Цеге-Мантейфеля.

3. Провести ректальный осмотр, сделать обзорную рентгенографию брюшной полости на наличие чаш Клойбера.

4. Показано проведение комплекса консервативных мероприятий в течение 1-3 часов с последующим решением вопроса об операции: спазмолитики (атропин 0,1% р-р 1,0 п/к), паранефральная блокада, сифонная клизма, зонд в желудок, инфузионная терапия.

#### **Ответы к ситуационной задаче № 18.**

1. Острая спаечная кишечная непроходимость.

2. в задаче описаны симптомы Валя, Склярора, Кивуля. Необходимо выслушать патологические кишечные шумы (шум лопающихся пузырьков и шум падающей капли).

3. показана - обзорная рентгеноскопия брюшной полости, противопоказан- пассаж бария по кишечнику, т.к усугубит явления непроходимости.

4.показано проведение комплекса консервативных мероприятий: спазмолитики (атропин 0,1% р-р 1,0 п/к), паранефральная блокада, сифонная клизма, зонд в желудок, инфузионная терапия.

#### **Ответы к ситуационной задаче № 19.**

1. Острая кишечная непроходимость, скорее всего спаечная.

2. Описан (+) симптом Валя и (-) симптом Обуховской больницы. Проверить нужно симптомы Склярора, Кивуля, Тевенера, выслушать патологические кишечные шумы.

3. Обзорную рентгенографию брюшной полости (наличие чаш Клойбера).

4. Больному показана госпитализация в хирургическое отделение и проведение комплекса консервативных мероприятий на протяжении 1-3 часов (атропин, паранефральная блокада, зонд в желудок, клизма, инфузионная терапия). Вопрос о дальнейшей тактике и необходимости операции будет решен по результатам проведенной консервативной терапии.

#### **Ответы к ситуационной задаче № 20.**

1. Острая высокая кишечная непроходимость.

2. Выраженные схваткообразные боли, часто повторяющаяся рвота, незначительное вздутие живота, наличие каловых масс в прямой кишке.

3. Обзорная рентгенография брюшной полости («чаши Клойбера»).

4. С проведения лечебно-диагностического комплекса: атропин 0,1%-1,0 п/к, зонд в желудок, паранефральная новокаиновая блокада, сифонная клизма.

#### **Ответы к ситуационной задаче № 21.**

1. Острая кишечная непроходимость (илеоцекальная инвагинация).

2. Рвота, вздутие живота, наличие тестоватого опухолевидного образования в правой подвздошной области, кал в виде «малинового желе», предшествующее изменение режима питания ребенка.

3. Немедленный перевод в хирургическое отделение.

4. Постановка клизмы или ректоскопия могут привести к дезинвагинации (редко!). Основной вид помощи - операция (лапаротомия, дезинвагинация, или резекция кишки).

#### **Ответы к ситуационной задаче № 22.**

1. Острый деструктивный аппендицит, распространенный перитонит, сепсис.

2. Кратковременная подготовка и операция – лапротомия, ревизия органов брюшной полости для уточнения диагноза, устранение источника перитонита (аппендэктомия) санация, дренирование брюшной полости.

#### **Ответы к ситуационной задаче № 2.23.**

1. Разрыв мочевого пузыря, перитонит.

2. Проба Зельдовича (при отсутствии повреждения мочевого пузыря количество введенной по катетеру жидкости 250-300 мл соответствует количеству выведенной жидкости)

Ретроградна цистография, которая производится в различных проекциях, а также после опорожнения мочевого пузыря от контрастной жидкости.

3. Срочная лапаротомия, ушивание разрыва мочевого пузыря, санация, дренирование брюшной полости.

**Ответы к ситуационной задаче № 24.**

1. У больного перитонит. Вероятно вследствие острого аппендицита.

2. Необходимы: группа крови и резус фактор, ЭКГ, общий анализ крови, биохимическое исследование крови.

3. Необходима срочная операция – лапаротомия, ревизия брюшной полости, устранение источника перитонита (аппендэктомия), санация, дренирование брюшной полости.

**Ответы к ситуационной задаче № 2.25.**

1. Прободная язва. Фаза шока.

2. Обзорная рентгенография брюшной полости, ФГС, лапароскопия.

3. Срочна госпитализация в хирургическое отделение для операции ушивания прободной язвы (возможна резекция желудка).

**Ответы к ситуационной задаче № 26.**

1. Прободная язва желудка.

2. Обзорная рентгенография органов брюшной полости (наличие свободного газа), общий анализ крови, определить группу крови и резус-фактор.

3. Срочная операция – лапаротомия, ушивание язвы (с иссечением), санация, дренирование брюшной полости (есть клиника перитонита).

**Ответы к ситуационной задаче № 27.**

1. Прободная язва.

2. Нет. Возможно проведение ФГС с повторной рентгенографией. В данном случае отчетливая клиника раздражения брюшины – показана лапаротомия для уточнения диагноза.

3. Устранение источника перитонита (ушивание перфорации), санация, дренирование брюшной полости.

**Ответы к ситуационной задаче № 28.**

1. Из верхних отделов ЖКТ.

2. ФГС.

3. Эндоскопические методы – диатермокоагуляция, аргоноплазменная коагуляция, клипирование, обкалывание аминокaproновой кислотой с адреналином, нанесение гелевого сорбента.

**Ответы к ситуационной задаче № 29.**

1. Эндоскопические методы остановки кровотечения - диатермокоагуляция, аргоноплазменная коагуляция, клипирование, обкалывание аминокaproновой кислотой с адреналином, нанесение гелевого сорбента.

2. Физиологический раствор, Полиглюкин, Гидроксиэтилкрахмал.

3. Однoгруппную эритроцитарную массу.

**Ответы к ситуационной задаче № 30.**

1. Эндоскопические методы остановки кровотечения - диатермокоагуляция, аргоноплазменная коагуляция, клипирование, обкалывание аминокaproновой кислотой с адреналином, нанесение гелевого сорбента.

2. Если эндоскопически гемостаз не достигнут - показана операция.

3. Экстренная, срочная, плановая.

**Ответы к ситуационной задаче № 31.**

1. Кровотечение из язвы ДПК.

2. С нейтрализацией кислоты кровью, изоляции язвенной поверхности сгустком крови.

3. Понижение гемоглобина разовьется через 6-12 часов после эффекта «разведения» крови – перераспределения жидкости. Оценка кровопотери возможна только через 24 часа после остановки кровотечения.

5. Произвести срочную ФГС.

**Ответы к ситуационной задаче № 32.**

1. Неосложненная пахово-мошоночная грыжа справа.

2. Проверить размеры наружного пахового кольца, определить симптом "кашлевого толчка" и "шприц-феномена".
3. С водянкой яичка. Метод трансиллюминации, но лучше УЗИ органов мошонки и консультация уролога.
4. Показано оперативное лечение в плановом порядке. Состоять оно будет из двух этапов: грыжесечения и пластики пахового канала.
5. Ограничение тяжелых физических нагрузок, исключить подъем тяжестей и все, что может приводить к повышению внутрибрюшного давления (кашель, запоры и т.д.). При появлении болей - срочный вызов врача.

**Ответы к ситуационной задаче № 33.**

1. Неосложненная пупочная грыжа
2. Диастаз прямых мышц живота.
3. Определить размеры пупочного кольца, определить симптом "кашлевого толчка", определить размеры диастаза прямых мышц.
4. Показано оперативное лечение в плановом порядке с обязательным устранением диастаза прямых мышц.

**Ответы к ситуационной задаче № 34**

1. Ущемленная паховая грыжа справа
2. Наличие грыжи в анамнезе, резкое появление болей после сильного кашля, выпячивание болезненное, плотное, не вправляется в брюшную полость, над ним тупой звук.
3. Нельзя, возможна травматизация ущемленного органа и попадание инфицированного грыжевого содержимого в брюшную полость.
4. Экстренная операция по жизненным показаниям.

**Ответы к ситуационной задаче № 35.**

1. Неосложненная паховая грыжа справа.
2. Оценить плотность и болезненность выпячивания, в горизонтальном положении проверить симптом "кашлевого толчка" и "шприц-феномен".
3. Направить больного к хирургу.
4. Оперативное лечение в плановом порядке по поводу паховой грыжи.

**Ответы к ситуационной задаче № 36.**

1. Ущемленная паховая грыжа слева.
2. Категорически нет.
3. Нельзя.
4. Срочно доставить больного в дежурный хирургический стационар.
5. Быстрое общеклиническое обследование больного и экстренная операция по поводу ущемленной грыжи.

**Ответы к ситуационной задаче № 37.**

1. Правосторонняя неосложненная паховая грыжа.
2. Хирургическое лечение, (операция избавляет больного от грыжи и предупреждает ее ущемление).
3. Грыжесечение с пластикой грыжевых ворот местными тканями.

**Ответы к ситуационной задаче № 38.**

1. Следует предположить перитонит вследствие разрыва полого органа брюшной полости.
2. До решения вопроса о необходимости операции хирургом вводить наркотики и иные анальгетики нельзя, так как это может сгладить клиническую картину заболевания и повлечь промедление с выполнением экстренной операции.
3. Пациента следует срочно на носилках транспортировать в дежурное хирургическое отделение.

**Ответы к ситуационной задаче № 39.**

1. Проникающее колото-резаное ранение живота.
2. Пострадавшего следует срочно транспортировать в дежурное хирургическое отделение лежа на носилках. Можно ввести обезболивающие препараты.

3. Выпавший в рану большой сальник вправлять в брюшную полость не следует. Асептическая влажная повязка после смазывания кожи вокруг раны антисептиком накладывается поверх выпавшего сальника.

**Ответы к ситуационной задаче № 40.**

1. Тупая травма живота, перитонит (разрыв полого органа ?).
2. Сохранение печеночной тупости и отсутствие рентгенологических данных о наличии свободного газа в брюшной полости не исключают повреждения полого органа.
3. Больной должен быть госпитализирован в хирургическое отделение для выполнения экстренного оперативного вмешательства.

**Ответы к ситуационной задаче № 41.**

1. Проникающее ранение живота.
2. Необходимо вести анальгетики, наложить на петлю кишки и рану асептическую повязку. Транспортировать лежа на носилках в дежурное хирургическое отделение.
3. Под наркозом, произвести обработку раны и петли кишки антисептиками, произвести лапаротомии, вправить петли кишки. Произвести ревизию брюшной полости.

**Ответы к ситуационной задаче № 42.**

1. Абсцесс нижней доли левого легкого, вскрывшийся в бронхиальное дерево.
2. Рентгенологическое обследование - прямая и боковая рентгенограммы, анализы мочи, крови.
3. Антибиотикотерапия, дезинтоксикационная терапия, лечебные бронхоскопии не реже 2 раз в неделю.

**Ответы к ситуационной задаче № 43.**

1. Гангрена верхней доли правого легкого.
2. Показано рентгенологическое обследование,
3. Проведение катетера в правую ветвь легочной артерии для введения антибиотиков. Лечебные бронхоскопии, дезинтоксикационная терапия.

**Ответы к ситуационной задаче № 44.**

1. Правосторонний пиоторакс со смещением средостения, вследствие прорыва абсцесса в плевральную полость.
2. Рентгенография грудной клетки.
3. Экстренное активное дренирование правой плевральной полости с промыванием полости антисептиками. Интенсивная антибиотикотерапия и дезинтоксикационная терапия.

**Ответы к ситуационной задаче № 45.**

1. Рак пищевода.
2. Рентгенография пищевода, эзофагогастроскопия с биопсией и гистологическим исследованием биоптата.
3. Экстирпация пищевода и гастростомия.

**Ответы к ситуационной задаче № 46.**

1. Дисфагия.
2. Рак кардиального отдела желудка или пищевода.
2. Рентгенологические исследования пищевода и желудка, эзофагогастроскопия с биопсией.

**Ответы к ситуационной задаче № 47.**

1. Спонтанный пневмоторакс.
2. Для его подтверждения показана рентгенография легких, торакоскопия.
3. Госпитализация больного в торакальное отделение, пункция или дренирование плевральной полости.

## Раздел «Акушерство»

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1 (ПК-14)

Первородящая Р., 22 лет, поступила в клинику с хорошей родовой деятельностью, начавшейся 8 ч назад. Роды в срок.

Данные анамнеза. В детстве болела корью и коклюшем, взрослой—гриппом. Менструация с 14 лет, установилась сразу, продолжительностью 3 дня через каждые 4 недели. Половая жизнь с 20 лет. Настоящая беременность первая. Наблюдалась в женской консультации регулярно, патологических отклонений не было.

Объективно. Женщина правильного телосложения, рост — 145 см, масса тела—52 кг. Общее состояние удовлетворительное, отеков нет. АД — 115/70—115/80 мм рт. ст, пульс удовлетворительных качеств, частота 80 в 1 мин. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Окружность живота — 98 см, высота стояния дна матки—28 см. Размеры таза: 22—25—27—17 см. Окружность лучезапястного сустава (индекс Соловьева) — 14,5 см. Ромб Михаэлиса 9\*9 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Признак Генкеля—Вастена отрицательный. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота — 140 уд./мин. Схватки хорошей силы, продолжительностью 30 с через 6—7 мин. Ориентировочная расчетная масса плода —2750г, по данным ультразвукового исследования (УЗИ) — 2800г.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты нормально. Влагалище нерожавшей женщины, шейка матки сглажена, открытие на 5 см. Плодный пузырь цел, напрягается при схватках. Предлежащая головка плода прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов—в правом косом размере, малый родничок—слева ближе к лобку. Мыс крестца достижим, диагональная конъюгата—10 см.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические признаки, на основании которых установлен диагноз?
3. Какое неотложное состояние возможно при данной ситуации?
4. Какие СанПин родильного дома Вы знаете?

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2 (ПК-14)

Роженица Ф., 28 лет, повторнородящая, поступила в клинику с начавшейся родовой деятельностью. Роды в срок. Схватки начались 6 ч назад.

Данные анамнеза. Наследственность неотягощена. Детство прошло в тяжелых материально-бытовых условиях. Менструация началась с 15 лет, установилась сразу, продолжительностью 3 дня через каждые 30 дней. Имела две беременности: первая беременность закончилась рождением живого ребенка массой 2700 г, вторая— мертворожденного ребенка массой 2900 г. Первые роды длились около 2 сут, вторые тоже длительные. Во время настоящей беременности чувствовала себя хорошо, регулярно посещала женскую консультацию.

Объективно. При поступлении общее состояние удовлетворительное, температура тела—36,5°C. Рост—149 см, масса тела— 56 кг. Телосложение правильное. Скелет не деформирован. АД —120/80—125/80 мм рт. ст, пульс ритмичный, частота 74 в 1 мин. Внутренние органы без патологии. Живот овоидной формы, остроконечный. Окружность живота — 98 см, высота стояния дна матки над лобком — 35 см. Размеры таза: 25—28—30—17 см, индекс Соловьева — 14,5 см; ромб Михаэлиса симметричной формы— вертикаль 8 см, горизонталь 11 см.

Положение плода продольное, предлежащая головка плода прижата ко входу в таз. Признак Генкеля — Вастена — вровень. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 140 уд./мин. Схватки средней силы, продолжительностью 25— 30 с через 8—10 мин. отошли в умеренном количестве светлые воды. Ориентировочный вес плода по формулам — 3430 г, по УЗИ – 3500 г.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты правильно, влагалище емкое, лобковый угол прямой. Шейка матки сглажена, открытие 4 см, плодного пузыря нет. Головка плода — малым сегментом во входе в таз, стреловидный шов в поперечном размере входа в малый таз. Родовой опухоли на голове нет. Мыс крестца достигается. Диагональная конъюгата — 8 см.

Показатели крови и мочи без патологии.

Вопросы:

1. Диагноз,
2. Клинические признаки у роженицы Ф., устанавливающие диагноз.
3. Прогноз и план ведения этих родов.
4. Особенности биомеханизма родов при диагностированной у Ф. форме таза.

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3

Роженица Ч., 33 лет, доставлена в клинику из районной больницы в связи с затянувшимися срочными родами, продолжающимися 36 ч. Воды отошли 20 ч назад. От предлагаемого кесарева сечения женщина категорически отказалась. Потуги начались 3 ч назад. Продвижение головки плода не отмечается, несмотря на полное открытие шейки матки. Отсутствуют плодный пузырь и родовая деятельность.

Данные анамнеза. В детстве была болезненным ребенком, ходить начала с 2 лет, взрослой перенесла пневмонию, грипп. Менструация с 14 лет, установилась сразу, продолжительностью 3 дня через 28 дней. Половая жизнь с 23 лет. Муж здоров. От первой беременности на втором году замужества родилась девочка массой 2600 г. Две последующие беременности закончились медицинским абортom без осложнений. Четвертая беременность 3 года назад закончилась самостоятельными срочными родами, которые длились 32 ч. Новорожденный массой 2850 г умер на вторые сутки после рождения. Настоящая беременность пятая, женскую консультацию посещала регулярно, осложнений не было.

Объективно. Рост—150 см, масса тела—54 кг, головка большая, четырехугольной формы. Зубы редкие с поперечными желобками. Грудь впалая, реберные четки, нижние конечности укорочены, искривлены в виде Х. Отеков нет. Живот большой, отвислый, кожа живота дряблая. АД — 120/80—120/85 мм рт. ст, пульс—76 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. Температура тела 36,7 °С. Со стороны внутренних органов (сердца и легких) отклонений от нормы не обнаружено. Мочится самостоятельно.

Данные акушерского исследования. Окружность живота — 96 см, высота стояния дна матки над лобком — 36 см. Размеры таза: 26—26—31—17 см. Индекс Соловьева—14 см; ромб Михаэлиса значительно деформирован, почти треугольной формы за счет уменьшения верхней половины ромба. Положение плода продольное, спина — справа, мелкие части — слева. Предлежащая головка малым сегментом во входе в малый таз. Признак Генкеля—Вастена—вровень. Сердцебиение плода прослушать не удастся, движения не ощущаются в течение последних 2 ч. Ориентировочная расчетная масса плода —3450 г.

Данные влагалищного исследования. Влагалище свободное, шейка матки сглажена, раскрытие полное. Плодного пузыря нет, подтекают густые, мутные воды в небольшом количестве с примесью мекония. Головка — малым сегментом во входе в малый таз. Стреловидный шов—в поперечном размере входа в малый таз ближе к мысу крестца. На передней теменной кости пальпируется большая родовая опухоль. Мыс крестца достигается, диагональная конъюгата — 6,5 см.

Показатели крови и мочи без изменений.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. План ведения этих родов.
4. Особенности биомеханизма родов при диагностируемой у роженицы Ч. форме таза.

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №4 (ПК-14)

Роженица Х., 26 лет, направлена врачом женской консультации в акушерскую клинику со слабыми регулярными схватками. Схватки начались 2 ч назад. Роды I срочные.

Данные анамнеза. В детстве перенесла корь, взрослой — грипп. Менструация началась с 14 лет, установилась сразу продолжительностью 3 дня, через каждые 4 недели. Замужем с 23 лет, брак зарегистрирован. Первая беременность наступила через год после замужества, закончилась самопроизвольным абортom на 4-м месяце. Настоящая беременность вторая, протекала без осложнений. Находилась под наблюдением в женской консультации. Два раза проводилось профилактическое лечение по поводу угрозы прерывания беременности.

Объективно. Общее состояние роженицы при поступлении удовлетворительное, температура тела—36,4 °С. Масса тела—51 кг, рост—148 см. Телосложение правильное. Отеков нет. Пульс— 74 в 1 мин, удовлетворительного наполнения, АД—115/70—120/70 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не обнаружено. Живот острокопечный, овоидной формы, окружность — 85 см. Высота стояния дна матки над лобком—32 см. Размеры таза: 23—26—28—15 см. Индекс Соловьева—13 см; размеры ромба Михаэлиса — вертикальный — 6,5 см, горизонтальный—8 см. Положение плода продольное, спина—слева, мелкие части — справа. Предлежащая головка, баллотируется над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 140 уд./мин, слева ниже пупка. Схватки регулярные, продолжительностью 15—20 с через 10—12 мин. Воды не отошли. Ориентировочная расчетная масса плода 2720 г.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты нормально. Влагалище нерожавшей женщины, шейка матки не сглажена, длиной до 1,5 см, цервикальный канал проходим для кончика пальца. Через своды влагалища определяется высоко стоящая над входом в малый таз головка плода. Мыс крестца достижим, диагональная конъюгата 7 см. Экзостозов нет. Показатели крови и мочи без патологических отклонений.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
3. Прогноз и план ведения этих родов.
4. Особенности биомеханизма родов у роженицы при диагностируемой форме таза.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №5 (ПК-14)**

Роженица Н., 29 лет, переведена в клинику из районного родильного дома по поводу затянувшихся (до 30 ч) срочных родов. Воды отошли 2 ч назад при почти полном раскрытии шейки матки, после чего сразу начались слабые, непродолжительные, малопродуктивные потуги. Продвижение головки замедлилось, потуги стали еще слабее.

Данные анамнеза. В детстве перенесла корь и скарлатину. Условия труда и быта удовлетворительные. Менструация с 13 лет, умеренная, безболезненная, по 3—4 дня через 28 дней. Замужем с 23 лет, муж здоров. Беременность четвертая. Первая закончилась срочными родами живого плода массой 3500 г, вторая— медицинским абортom без осложнений, третья — срочными родами, продолжающимися более суток; родился живой мальчик массой 3900 г. Настоящая беременность протекала без осложнений.

Объективно. Состояние роженицы при поступлении удовлетворительное. Температура тела—36,6 °С. Рост—162 см, масса тела—79 кг. Телосложение правильное. Кожа и видимая слизистая оболочка нормальной окраски. Отеков нет. Пульс— 78 в 1 мин, АД —120/80—125/80 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено.

Окружность живота—114 см, высота стояния дна матки—36 см. Матка овоидной формы. Размеры таза: 26—29— 32—21 см. Индекс Соловьева — 15 см; признак Генкеля—Вастена отрицательный. Положение плода продольное, спина — слева, мелкие части плода—справа. Предлежащая головка большим сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода 140 уд./мин, ясное, ритмичное, слева ниже пупка. Ориентировочная масса плода 4100 г. Потуги короткие, слабые, не эффективные. Роженица утомлена, беспокойна, мочеиспускание затруднено. Моча застойная.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей женщины, шейка матки отечная, свисает рукавом, открытие полное. Плодный пузырь вскрыт. Головка плода малым сегментом стоит во входе в малый таз, стреловидный шов—в поперечном размере входа, малый и большой роднички расположены на одном уровне. Стреловидный шов слегка отклонен к мысу крестца, немного ниже опущена правая теменная кость, на которой определяется небольшая родовая опухоль. Экзостозов нет. Тенденции к продвижению головки в схватку нет.

Показатели крови и мочи без патологических отклонений.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. Клинически и анатомически узкий таз.
4. План дальнейшего ведения этих родов.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №6 (ПК-14)**

Первородящая И., 24 лет, доставлена в клинику машиной скорой помощи.

Роды срочные, начались 5 часов назад.

Данные анамнеза. Болела простудными заболеваниями. Менструация с 14 лет, установилась сразу, продолжительностью 3 дня через каждые 4 недели. Половая жизнь с 22 лет. Настоящая беременность первая. Наблюдалась в женской консультации регулярно.

Объективно. Женщина правильного телосложения, рост — 168 см, масса тела—69 кг. Общее состояние удовлетворительное, отеков нет. АД — 115/70—115/80 мм рт. ст, пульс удовлетворительных качеств, частота 80 в 1 мин. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Окружность живота — 99 см, высота стояния дна матки—32 см. Размеры таза: 22—25—28—17 см. Окружность лучезапястного сустава (индекс Соловьева) — 14,5 см. Ромб Михаэлиса: горизонтальная диагональ – 9 см, вертикальная – 9 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Признак Генкеля—Вастена отрицательный. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота — 140 уд./мин. Схватки хорошей силы, продолжительностью 30 с через 3-4 мин. Ориентировочная расчетная масса плода —2900 г.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты нормально. Влагалище нерожавшей женщины, шейка матки сглажена, открытие зева – 3-4 см. Плодный пузырь цел, напрягается при схватках. Предлежащая головка плода прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов—в правом косом размере, малый родничок— на 13 часах. Мыс крестца достижим, диагональная конъюгата—10 см.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические признаки, на основании которых установлен диагноз. Чему равна истинная конъюгата у роженицы И?
3. Прогноз и план ведения родов у роженицы Р.
4. Особенности биомеханизма родов при диагностированной у Р. форме таза.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №7 (ПК-14)**

Роженица Ш., 34 лет, повторнородящая, доставлена в клинику машиной скорой помощи с начавшейся родовой деятельностью. Роды срочные, начались 6 ч назад.

Данные анамнеза. Наследственность не отягощена. Менструация началась с 16 лет, установилась сразу, продолжительностью 3 дня через каждые 32 дня. Имела две беременности: первая беременность закончилась рождением живого ребенка массой 2800 г, вторая— мертворожденного ребенка массой 3100 г. Первые роды длились около 2 сут, вторые тоже длительные. Во время настоящей беременности чувствовала себя хорошо, регулярно посещала женскую консультацию.

Объективно. При поступлении общее состояние удовлетворительное, температура тела—36,5°C. Рост—148 см, масса тела— 59 кг. Телосложение правильное. Скелет не

деформирован. АД —120/80—125/80 мм рт. ст, пульс ритмичный, частота 74 в 1 мин. Внутренние органы без патологии. Живот овоидной формы, остроконечный. Окружность живота — 100 см, высота стояния дна матки над лобком — 34 см. Размеры таза: 25—28—30—17 см, индекс Соловьева — 14,5 см; ромб Михаэлиса измененной формы— вертикаль-8 см, горизонталь-11 см.

Положение плода продольное, предлежащая головка плода прижата ко входу в таз. Признак Генкеля — Вастена — вровень. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 140 уд./мин. Схватки средней силы, продолжительностью 25—30 с через 7-8 мин. отошли в умеренном количестве светлые воды. Ориентировочный вес плода по формулам — 3500 г.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты правильно, влагалище емкое, лобковый угол прямой. Шейка матки сглажена, открытие 3 см, плодного пузыря нет. Головка плода — плотно прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов— в поперечном размере входа в малый таз. Родовой опухоли на голове нет. Мыс крестца достигается. Диагональная конъюгата — 8,5 см.

Показатели крови и мочи без патологии.

Вопросы:

1. Диагноз,
2. Клинические признаки у роженицы Ш., устанавливающие диагноз.
3. Прогноз и план ведения этих родов.
4. Особенности биомеханизма родов при диагностированной у Ш. форме таза.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №8 (ПК-14)**

Роженица В., 37 лет, первоначально планировала провести себе домашние роды. Однако роды затянулись и женщина поступила в стационар после 30 часов домашних родов. Воды отошли 20 ч назад. От предлагаемого кесарева сечения женщина категорически отказывается. Потуги начались 2 ч назад. Продвижение головки плода не отмечается.

Данные анамнеза. В детстве была болезненным ребенком, взрослой перенесла пневмонию, грипп, страдает хроническим тонзилитом. Менструация с 14 лет, установилась сразу, продолжительностью 3 дня через 28 дней. Половая жизнь с 25 лет. Муж здоров. От первой беременности на втором году замужества родилась девочка массой 2900 г. Две последующие беременности закончились медицинским абортom без осложнений. Четвертая беременность 3 года назад закончилась самостоятельными срочными родами, которые длились 32 ч. Новорожденный массой 3200 г умер на вторые сутки после рождения. Настоящая беременность пятая.

Объективно. Рост—155 см, масса тела—56кг. АД — 120/80— 120/85 мм рт. ст, пульс—76 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. Температура тела 36,7 °С. Со стороны внутренних органов (сердца и легких) отклонений от нормы не обнаружено. Мочится самостоятельно.

Данные акушерского исследования. Живот большой, отвислый, кожа живота дряблая.

Окружность живота — 96 см, высота стояния дна матки над лобком — 36 см. Размеры таза: 26—26—31—17 см. Индекс Соловьева—14 см; ромб Михаэлиса значительно деформирован, почти треугольной формы за счет уменьшения верхней половины ромба. Положение плода продольное, спина — справа, мелкие части — слева. Предлежащая головка малым сегментом во входе в малый таз. Признак Генкеля- Вастена - вровень. Сердцебиение плода прослушать не удастся, движения не ощущаются в течение последних 2 ч. Ориентировочная расчетная масса плода —3500 г.

Данные влагалищного исследования. Влагалище свободное, шейка матки сглажена, раскрытие полное. Плодного пузыря нет, подтекают густые, мутные воды в небольшом количестве с примесью мекония. Головка — малым сегментом во входе в малый таз. Стреловидный шов—в поперечном размере входа в малый таз ближе к мысу крестца. На передней теменной кости пальпируется большая родовая опухоль. Мыс крестца достигается, диагональная конъюгата — 9,5 см.

Показатели крови и мочи без изменений.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. План ведения этих родов.
4. Особенности биомеханизма родов при диагностируемой у роженицы Ч. форме таза.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №9 (ПК-14)**

Роженица М., 25 лет, поступила в клинику со слабыми регулярными схватками. Схватки начались 2 часа назад. Роды 1срочные.

Данные анамнеза. В детстве часто болела простудными заболеваниями. Менструация началась с 14 лет, установилась сразу продолжительностью 3 дня, через каждые 4 недели. Замужем с 23 лет, брак зарегистрирован. Настоящая беременность первая, протекала без осложнений.

Объективно. Общее состояние удовлетворительное, температура тела—36,4 °С. Масса тела—49 кг, рост—150 см. Телосложение правильное. Отеков нет. Пульс—74 в 1 мин, удовлетворительного наполнения, АД—115/70—120/70 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не обнаружено.

Живот острокопечный, овоидной формы, окружность — 90 см. Высота стояния дна матки над лобком—32 см. Размеры таза:23—26—28—15 см. Индекс Соловьева—13 см; размеры ромба Михаэлиса — вертикальный — 7 см, горизонтальный—9см. Положение плода продольное, спина—слева, мелкие части — справа. Предлежащая головка, баллотируется над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 140 уд./мин, слева ниже пупка. Схватки регулярные, продолжительностью 10-15 с через 10-15 мин. Воды не отходили. Ориентировочная расчетная масса плода 3200 г.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты нормально. Влагалище нерожавшей женщины, шейка матки сглажена, открытие до 1,5 см. Через своды влагалища определяется высоко стоящая над входом в малый таз головка плода. Мыс крестца достижим, диагональная конъюгата 8 см. Экзостозов нет.

Показатели крови и мочи без патологических отклонений.

Вопросы:

1. Диагноз
2. Клинические признаки, подтверждающие этот диагноз.
3. План проведения этих родов.
4. Особенности биомеханизма родов при диагностируемой форме сужения таза.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №10 (ПК-14)**

Роженица О, 31 год, поступила в клинику из дома через 30 часов от начала срочных родов. Воды отошли 4 ч назад умеренное количество, светлые.

Данные анамнеза. Соматический анамнез не отягощен. Условия труда и быта удовлетворительные. Менструация с 13 лет, умеренная, безболезненная, по 3—4 дня через 28 дней. Замужем с 20 лет, муж здоров. Беременность четвертая. Первая закончилась срочными родами живого плода массой 3400 г, вторая— медицинским абортom без осложнений, третья —срочными родами, продолжающимися около суток; родился живой мальчик массой 4500 г. Настоящая беременность протекала без осложнений.

Объективно. Состояние роженицы при поступлении удовлетворительное. Температура тела—36,6°С. Рост—173 см, масса тела—87 кг. Телосложение правильное. Кожа и видимая слизистая оболочка нормальной окраски. Отеков нет. Пульс—78 в 1 мин, АД —120/80—125/80 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Окружность живота—115 см, высота стояния дна матки—37 см. Матка овоидной формы. Размеры таза: 26—29—32—21 см. Индекс Соловьева — 15 см; признак Генкеля—Вастена отрицательный. Положение плода продольное, спинка — слева, мелкие части плода—справа. Предлежащая головка большим сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода 140 уд./мин, ясное, ритмичное, слева ниже пупка. Ориентировочная масса плода 4200 г. Потуги короткие,

слабые, не эффективные. Роженица мочится самостоятельно. Моча прозрачная, соломенно-желтого цвета.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей женщины, шейка матки сглажена, открытие полное. Плодный пузырь вскрыт. Головка плода большим сегментом стоит во входе в малый таз, стрело-видный шов—в поперечном размере входа, малый родничок расположен кпереди. На предлежащей головке плода определяется небольшая родовая опухоль. Экзостозов нет.

Показатели крови и мочи без патологических отклонений.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. Клинически и анатомически узкий таз.
4. План дальнейшего ведения этих родов.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №11 (ПК-14)**

Пациентка Л., 22 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на задержку менструации в течение 2 месяцев, появившуюся тягу к острой пище. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено.

Данные влагалищного исследования. С помощью влагалищных зеркал установлено: наружные половые органы развиты правильно, слизистая оболочка влагалища и шейки матки синюшная, шейка чистая. При бимануальном исследовании обнаружено: вход во влагалище свободный, шейка цилиндрической формы, наружный зев шейки матки закрыт, своды влагалища глубокие, матка в антефлексии, увеличена до размеров гусиного яйца, мягковатой консистенции; придатки не увеличены, безболезненные. Матка изменяет свою консистенцию, плотнеет и сокращается, перегнута кпереди, как бы сложена вдвое; в области левого угла матки выпячивание (асимметрия); повышена подвижность шейки матки; перешеек матки очень размягчен, пальцы внутренней и наружной руки соединяются в области перешейка.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Вероятные признаки, указывающие на наличие беременности у этой женщины.
3. Как обозначить цифрами бимануальные признаки беременности в том порядке, в каком они описаны в условии задачи?

1 - Горвица - Гегара;

2 - Снегирева;

3 - Пискачека;

4 - Губарева - Гауса;

5 - Гентера.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №12 (ПК-14)**

Пациентка А., 26 лет, обратилась в женскую консультацию для определения беременности. Менструации после предыдущих родов не было, ребенку 7 месяцев, кормится грудью. В течение последних 2 недель беспокоит тошнота, рвота по утрам, сонливость. От беременности не предохранялась. Со стороны внутренних органов, в том числе пищеварения, патологии не обнаружено, АД— 120/75 мм рт. ст.

Данные влагалищного исследования: наружные половые органы развиты нормально, слизистая оболочка влагалища и шейки матки синюшная, шейка цилиндрической формы, наружный зев шейки матки закрыт. Матка в антефлексии, увеличена до размеров куриного яйца. Трубы и яичники в норме.

Бимануальные признаки беременности: тело матки перегнута кпереди; шейка матки легко смещается; область перешейка матки размягчена так, что пальцы внутренней и наружной руки соединяются почти без сопротивления; форма матки несколько асимметричная за счет вытягивания в области левого угла; консистенция матки мягкая, но во время исследования стенка матки плотнеет и сокращается в размере.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Вероятные признаки, указывающие на наличие беременности у этой женщины.
3. Как обозначить цифрами бимануальные признаки беременности в том порядке, в каком они описаны в условии задачи?

1 — Горвица — Гегара;

2 — Снегирева;

3 — Пискачека;

4 — Губарева—Гауса;

5 — Гентера.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №13 (ПК-14)**

Пациентка И., 24 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на задержку менструации в течение 3 месяцев, появившееся отвращение к табачному дыму. В течение полугода жила половой жизнью, от беременности не предохранялась. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено, АД—120/60 мм.рт.ст. На лице и сосках молочных желез выражена пигментация кожи.

Данные влагалищного исследования: наружные половые органы развиты правильно, выражен цианоз слизистой оболочки шейки и влагалища. Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев округлой формы, плотно закрыт. Матка в антефлексии, увеличена до размеров головки новорожденного, дно ее доходит до уровня верхнего края лобкового симфиза. Трубы и яичники не увеличены.

Результаты бимануального исследования: а) форма матки слегка асимметричная за счет вытягивания в области правого угла; б) консистенция матки мягковатая, но во время исследования матка уплотняется и сокращается в размере; в) шейка матки легко смещается, значительно размягчен перешеек; г) пальцы внутренней и наружной руки соединяются в области перешейка; д) матка сильно перегнута кпереди.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Вероятные признаки, указывающие на наличие беременности у этой женщины.
3. Как обозначить цифрами бимануальные признаки беременности в том порядке, в каком они описаны в условии задачи?

1 — Горвица — Гегара;

2 — Снегирева;

3 — Пискачека;

4 — Губарева—Гауса;

5 — Гентера.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №14 (ПК-14)**

Повторнобеременная Л., 26 лет, обратилась за консультацией к участковому врачу женской консультации. Дату последней менструации и первого шевеления плода не помнит. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено, АД — 120/80 мм рт. ст.

Данные наружного акушерского исследования: дно матки на уровне мечевидного отростка, в правой боковой стороне матки прощупывается гладкая широкая поверхность плода, в левой—мелкие выступы, часто изменяющие положение. Предлежащая часть прощупывается в виде крупной, округлой части, имеющей отчетливые контуры, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота—140 уд./мин, лучше прослушивается справа ниже пупка.

Вопросы:

1. Срок беременности по высоте стояния дна матки.
2. Положение и позиция плода, предлежащая часть плода.
3. Соответствует ли точка лучшего выслушивания сердцебиения плода описанному в задаче расположению частей плода.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №15 (ПК-14)**

Первобеременная И., 23 лет, обратилась в женскую консультацию по поводу беременности. Срок последней менструации и первого шевеления плода не помнит.

Данные наружного акушерского исследования: дно матки на 3—4 пальца выше пупка, в области дна определяется крупная, шаровидная, баллотирующая часть плода, в правой боковой стороне матки прощупывается гладкая широкая поверхность плода, в левой — мелкие подвижные бугорки. Предлежащей частью является объемистая, мягкая часть плода, не способная к баллотированию. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота—136 уд/мин, ясно выслушивается справа выше пупка.

Вопросы:

1. Срок беременности по высоте стояния дна матки.
2. Положение и позиция плода, предлежащая часть плода.
4. Соответствует ли точка лучшего выслушивания сердцебиения плода описанному членорасположению?

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №16 (ПК-14)**

Первобеременная А., 19 лет, обратилась в женскую консультацию по поводу беременности. Срок последней менструации и первого шевеления плода не помнит. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено, АД—120/80 мм рт.ст.

Данные наружного акушерского исследования: дно матки на 2-3 пальца выше пупка, в левой боковой стороне матки прощупывается гладкая широкая поверхность плода, в правой—мелкие подвижные выступы. Предлежащая часть прощупывается в виде крупной, плотной округлой части, баллотирующей между пальцами. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота - 136 уд./мин, ясно выслушивается слева ниже пупка.

Вопросы:

1. Срок беременности по высоте стояния дна матки.
2. Положение и позиция плода, предлежащая часть плода.
3. Соответствует ли точка лучшего выслушивания сердцебиения плода описанному членорасположению?

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №17 (ПК-14)**

Многорожавшая беременная, 30 лет, обратилась в женскую консультацию. Дату последней менструации и первого шевеления плода не помнит.

При наружном акушерском исследовании обнаружено: живот поперечно-овальной формы, дно матки на два пальца выше пупка, в левой боковой стороне матки прощупывается круглая, плотная, баллотирующая часть плода, в правом боковом отделе определяется объемистая, мягковатая, не баллотирующая часть плода. Предлежащая часть над входом в таз не прощупывается. Сердцебиение плода отчетливо прослушивается на уровне пупка.

Вопросы:

1. Срок беременности по высоте стояния дна матки.
2. Положение и позиция плода, предлежащая часть плода.
3. Соответствует ли точка лучшего выслушивания сердцебиения плода описанному членорасположению?

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №18 (ПК-14)**

Пациентка Ш., 20 лет, обратилась в женскую консультацию по поводу беременности. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено, АД - 120/80мм рт.ст. Выражена сглаженность пупка. Окружность живота—82 см, высота стояния дна матки, измеренная сантиметровой лентой,— 28см.

Данные наружного акушерского исследования: дно матки— посередине расстояния между пупком и мечевидным отростком, в левой боковой стороне матки прощупывается гладкая широкая поверхность плода, в правой — мелкие подвижные бугорки, предлежащая часть— высоко над входом в малый таз в виде крупной, плотной, шаровидной части, способной к

баллотированию. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота—140 уд./мин, Местом наиболее ясного сердцебиения является точка слева ниже пупка.

Вопросы:

1. Срок беременности.
2. Дополнительные дифференциальные признаки беременности, указывающие на данный срок беременности.
3. Положение и позиция плода, предлежащая часть плода.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №19 (ПК-14)**

Беременная И., 32 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на похудение за последние 3 дня на 1500 г. Последняя менструация 9 мес назад. При этом отмечает, что ей легче дышать. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено АД—120/ 80 мм рт. ст. При осмотре живота обнаружено заметное выпячивание пупка. Окружность живота—98 см, высота стояния дна матки, измеренная сантиметровой лентой,—32 см.

Данные наружного акушерского исследования: дно матки — посредине расстояния между пупком и мечевидным отростком, в левой боковой стороне матки прощупывается плотная, гладкая, широкая поверхность плода, в правой—мелкие бугорки, легко изменяющие свое положение. Предлежащая часть крупная, плотная, хорошо контурируемая, плотно прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота—136 уд./ мин, слева ниже пупка.

Вопросы:

1. Срок беременности.
2. Дополнительные дифференциальные признаки беременности, указывающие на данный срок беременности.
3. Положение и позиция плода, предлежащая часть плода.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №20 (ПК-14)**

Пациентка А., 28 лет, беременность третья, 2 нормальных родов. Последняя менструация началась 25 декабря, первое шевеление почувствовала 9 мая. При первом посещении женской консультации 16 февраля была обнаружена беременность сроком 6 недель,

Вопросы:

1. Предполагаемый срок родов по менструации.
2. Предполагаемый срок родов по первому шевелению плода.
3. Предполагаемый срок родов по первому обращению в женскую консультацию.
4. Средняя предполагаемая дата родов.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №21 (ПК-14)**

Первородящая Ж., 22 лет, поступила в родильный дом спустя 4 ч от начала регулярных, периодически повторяющихся схваток. Общее состояние удовлетворительное, АД - 120/80 мм рт. ст. Положение плода продольное, предлежащая часть—головка. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 130 уд./ мин.

Данные влагалищного исследования: влагалище свободное, шейка матки сглажена, края ее тонкие, маточный зев открыт на 3 см, плодный пузырь цел, напряжен, расположение головки плода не удастся определить из-за опасности раннего вскрытия плодного пузыря.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Механизм сглаживания и раскрытия шейки матки у этой роженицы. Нормально ли идет раскрытие шейки матки?
3. Характер схваток в первом периоде родов.
4. Плодный пузырь. Раннее отхождение околоплодных вод,
5. Продолжительность первого периода родов у этой роженицы.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №22 (ПК-14)**

Повторнородящая И., 23 лет, поступила в роддом с доношенной беременностью спустя 4 ч от начала регулярных, периодически повторяющихся схваток. Беременность вторая,

первые роды 2 года назад протекали нормально. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. АД 125/80 мм рт. ст. Положение плода продольное, первая позиция, предлежащая головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 140 уд./мин.

Данные влагалищного исследования: влагалище широкое, шейка матки сглажена, края ее толстые, открытие маточного зева 5 см. Плодный пузырь цел, напрягается при схватках. Расположение предлежащей головки плода не определяется из-за опасности раннего разрыва плодного пузыря.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Механизм сглаживания и раскрытия шейки матки у этой роженицы.
3. Продолжительность и название первого периода родов.
4. Передние и задние околоплодные воды. Когда отхождение вод считается своевременным?
5. Продолжительность первого периода родов у этой роженицы.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №23 (ПК-14)**

Первородящая М., 20 лет, находится в родах, которые начались в срок и продолжаются 12 ч. отошли светлые околоплодные воды и начались потуги. Общее состояние удовлетворительное, АД—120/80 мм рт. ст. Окружность живота—100 см, высота стояния дна матки—32 см. Размеры таза: 25—28—30—20 см. Положение плода продольное, предлежащая головка в плоскости входа в малый таз, большая часть ее находится над входом. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 140 уд./ми.

Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, открытие ее полное, плодный пузырь вскрыт, крестцовая впадина свободна, к мысу крестца можно подойти только согнутым пальцем, внутренняя поверхность лобкового симфиза доступна исследованию. Стреловидный шов головки плода стоит в правом косом размере, малый родничок определяется слева, ближе к лобковому симфизу, лежит ниже других точек головки.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Характер предлежащей части, позиция и вид предлежания.
3. В какой части таза определяется головка плода при влагалищном исследовании? Какие данные подтверждают это?
4. Каким размером головки пройдет плод при этом вставлении: название размера, его величина, окружность головки, соответствующая этому размеру. Проводная точка головки плода при этом предлежании.
5. Ведение второго периода у рожениц с факторами повышенного риска плода.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №24 (ПК-14)**

Первородящая Ч., 23 лет, находится в родах, которые начались в срок и продолжаются 11 ч. Час назад отошли светлые околоплодные воды и начались потуги. Состояние удовлетворительное, АД—125/85 мм рт. ст. Окружность живота—99 см, высота стояния дна матки—30 см, размеры таза—26—29—32—21 см. Положение плода продольное, предлежащая головка в полости таза и при наружном исследовании над входом в таз не определяется. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 130 уд./мин, слева ниже пупка.

Данные влагалищного исследования: шейка сглажена, открытие маточного зева полное, плодный пузырь вскрыт. Крестцовая впадина полностью заполнена головкой, седалищные ости не определяются, при потугах происходит выпячивание промежности. Стреловидный шов головки плода стоит в прямом размере плоскости выхода малого таза, малый родничок обращен к лобковому симфизу, лежит ниже большого родничка.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Характер предлежащей части и вид предлежания.

3. В какой части таза определяется головка плода при влагалищном исследовании? Какие данные подтверждают это?

4. Каким размером головки пройдет плод при этом предлежании: название размера, его величина, окружность головки, соответствующая этому размеру? Проводная точка головки плода при этом предлежании.

5. Определение наличия и ритма родовых схваток.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №25 (ПК-14)**

Первородящая М., 22 лет, находится в родах, начавшихся в срок и продолжающихся 12 ч. Только что отошли светлые, в умеренном количестве, околоплодные воды, начались потуги. Общее состояние удовлетворительное, АД—120/70 мм рт. ст. Окружность живота—98 см, высота стояния дна матки— 29 см, размеры таза—25—28—31—20 см. Положение плода продольное, предлежащая часть - головка плода, над входом в таз определяется незначительная часть головки. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 130 уд./мин.

Данные влагалищного исследования: влагалище нерожавшей женщины, шейка сглажена, открытие маточного зева полное, плодный пузырь вскрыт. Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок определяется слева, ближе к крестцу, большой—справа, ближе к лобку. Оба родничка стоят на одном уровне. Верхняя половина крестцовой впадины и две трети внутренней поверхности лобкового сочленения заняты головкой. Свободно прощупываются IV и V крестцовые позвонки и седалищные ости.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. Характер предлежащей части, позиция и вид предлежания.

3. Часть таза, в которой определяется головка плода при влагалищном исследовании. Какие данные подтверждают это?

4. Каким размером головки пройдет плод при этом предлежании: название размера, его величина и окружность головки, соответствующая данному размеру? Проводная точка головки плода при этом предлежании.

5. Коррекция жизнедеятельности плода в первом периоде родов.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №26 (ПК-14)**

Повторнородящая А., 30 лет, находится в родах, начавшихся в срок и продолжающихся 8 ч. Только что отошли светлые околоплодные воды и начались потуги. Общее состояние удовлетворительное, АД — 120/75 мм рт. ст. Окружность живота — 102 см, высота стояния дна матки—31 см, размеры таза—25— 28—30—20 см. Положение плода продольное, предлежащая головка плода большей своей окружностью находится ниже плоскости входа в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 140 уд./мин.

Данные влагалищного исследования: влагалище свободное, шейка матки сглажена, открытие полное, плодный пузырь вскрыт, стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа, ближе к лобковому симфизу и лежит ниже других точек головки. Верхняя половина крестцовой впадины и две трети внутренней поверхности лобкового сочленения заняты головкой. Свободно прощупываются IV и V крестцовые позвонки и седалищные ости.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. Характер предлежащей части, позиция и вид предлежания.

3. Часть таза, в которой определяется головка плода при влагалищном исследовании. Какие данные подтверждают это?

4. Каким размером головки пройдет плод при этом предлежании: название размера, его величина и окружность головки, соответствующая данному размеру? Проводная точка головки плода при этом предлежании?

5. Факторы риска плода в родах.

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №27 (ПК-14)

Повторнородящая К., 29 лет, находится в родах, начавшихся в срок. Спустя 10 ч от начала регулярных схваток отошли светлые околоплодные воды в умеренном количестве и начались потуги. Общее состояние удовлетворительное, АД—120/70 мм рт. ст. Окружность живота—100 см, высота стояния дна матки—30 см, размеры таза—26—29—31—21 см. Положение плода продольное, предлежащая часть—головка, полностью находится в полости таза и при наружном исследовании не определяется. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 140 уд./мин.

Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, открытие полное, плодный пузырь вскрыт. Вся крестцовая впадина и внутренняя поверхность лобкового симфиза заняты предлежащей головкой. Легко достигаются только нижний край лонного сочленения, внутренняя поверхность седалищных бугров и верхушка копчика. Стреловидный шов головки плода стоит в правом косом размере, близко к прямому. Малый родничок определяется справа, обращен к крестцу, большой — слева, ближе к симфизу, оба родничка стоят на одном уровне. Вопросы:

1. Диагноз.

2. Характер предлежащей части, позиция и вид предлежания.

3. Часть таза, в которой определяется головка плода при влагалищном исследовании? Какие данные подтверждают это?

4. Каким размером головки проходил плод при этом предлежании: название размера, его величина и окружность головки, соответствующая данному размеру? Проводная точка головки плода при этом предлежании,

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №28 (ПК-14)

У роженицы М. через 12 ч от начала регулярной родовой деятельности родился живой доношенный ребенок мужского пола массой 3200 г. Головка мальчика долихоцефалической формы, вытянута в виде огурца спереди назад. На затылочной части головки определяется родовая опухоль с центром в области малого родничка. Тщательный осмотр формы головки плода и локализации родовой опухоли позволяет определить характер предлежащей части плода в родах.

Вопросы:

1. При каком предлежании плода произошли описанные роды?

2. Проводная точка головки при этом предлежании.

3. Каким размером головки проходил плод при описанных родах?

4. Измерение этого размера на головке плода. Величина его окружности головки, соответствующей этому размеру.

5. Методы профилактики гипоксии плода в родах.

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №29 (ПК-14)

У роженицы Л. через 10 ч от начала регулярной родовой деятельности родился живой доношенный ребенок женского пола массой 3100 г. Головка у девочки долихоцефалической формы, вытянута в виде огурца спереди назад. На затылочной части головки определяется родовая опухоль с центром посередине между большим и малым родничком.

Вопросы:

1. При каком предлежании плода произошли описанные роды?

2. Проводная часть головки плода при этом предлежании.

3. Каким размером головки проходил плод при описанных родах? Название размера, его величина и окружность головки, соответствующая данному размеру.

4. Определение наличия и ритма родовых схваток.

5. Когда в обязательном порядке следует проводить влагалищное исследование роженицы?

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №30 (ПК-14)

Первородящая Ю. 20 лет, поступила в родильный дом спустя 3 ч от начала регулярных схваток. Общее состояние удовлетворительное, АД - 120/80 мм рт. ст. Положение плода

продольное, предлежащая часть—головка, плотно прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 136 уд./ мин.

Данные влагалищного исследования: влагалище свободное, шейка матки сглажена, края ее тонкие, маточный зев открыт на 3-4 см, плодный пузырь цел, напряжен, предлежит головка плода, плотно прижата ко входу в малый таз.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Механизм сглаживания и раскрытия шейки матки у этой роженицы. Нормально ли идет раскрытие шейки матки?
3. Характер схваток в первом периоде родов.
4. Правила защиты промежности при рождении головки плода.
5. Продолжительность первого периода родов у этой роженицы.

## Эталоны ответов к ситуационным задачам

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1

1. Первый период первых срочных родов. Общеравномерносуженный таз.
2. Все наружные размеры таза уменьшены на 3см.
3. В родах исключить клинически узкий таз.
4. СанПиН 2.1.3.2630-10 (2016)

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2

1. Первый период срочных родов. Плоский таз 2ст сужения. Раннее отхождение вод. ОАА.
2. Поперечные размеры таза нормальные, а прямые укорочены; ромб Михаэлиса имеет очень укороченный вертикальный размер.
3. Кесарево сечение в экстренном порядке.
4. Длительное высокое поперечное стояние головки, разгибание головки при вступлении в малый таз, чтобы головка вставилась бипариетальным малым размером в суженный прямой размер таза, асинклитическое вставление, низкое поперечное стояние головки, низкое поперечное стояние стреловидного шва.

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3

1. Второй период срочных родов. Плоскоррахитической таз. Переднее асинклитическое вставление. Раннее отхождение вод. Мертвый плод. ОАА.
2. D. spinatum и D. Crictarum равны, уменьшен прямой размер входа в таз, увеличены размеры выхода из таза; рахит в анамнезе; данные общего обследования; отсутствие с\биения плода.
3. Краниотомия.
4. Длительное высокое поперечное стояние головки, разгибание головки при вступлении в малый таз, чтобы головка вставилась бипариетальным малым размером в суженный прямой размер таза, асинклитическое вставление.

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №4

1. Первый период срочных родов, общесуженный плоский таз 3 ст.
2. Уменьшены все размеры таза, но прямые – в большей степени.
3. Экстренное кесарево сечение.
4. Длительное высокое поперечное стояние головки, разгибание головки при вступлении в малый таз, чтобы головка вставилась бипариетальным размером. Низкое поперечное стояние стреловидного шва.

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №5

1. Второй период срочных родов. Клинически узкий таз. Вторичная слабость родовой деятельности. Крупный плод. Асинклитическое вставление головки.

2. Клинически узкий таз предполагается в связи с наличием крупного плода и подтверждается клиническим течением родов (затяжные, с асинклитическим вставлением головки и отсутствием продвижения головки по родовым путям при полном раскрытии шейки матки, свисающей рукавом).
3. Описать различия между клинически и анатомически узким тазом.
4. Кесарево сечение в экстренном порядке.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №6**

1. Первая фаза. Первый период первых срочных родов. Общеравномерносуженный таз 2 ст. сужения
2. Все наружные размеры таза уменьшены на 3см; истинная конъюгата равна 8 см.
3. Консервативно-выжидательный с исключением клинически узкого таза.
4. Длительное стояние головки в плоскости входа. Головка вступает в полость таза в одном из косых размеров и в состоянии максимального сгибания, малый родничок приближается к проводной оси таза, низкое разгибание головки приводит к максимальному травматизму.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №7**

1. Первая фаза. Первый период 3 срочных родов. Простой плоский таз 2ст. сужения. Раннее отхождение вод. ОАА.
2. Поперечные размеры таза нормальные, а прямые укорочены; ромб Михаэлиса имеет очень низкий вертикальный размер.
3. Кесарево сечение в экстренном порядке.
4. Длительное высокое поперечное стояние головки, разгибание головки при вступлении в малый таз, чтобы головка вставилась бипариетальным малым размером в суженный прямой размер таза, низкое поперечное стояние головки.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №8**

1. Второй период третьих срочных родов. Плоскорихитической таз. Переднее асинклитическое вставление. Раннее отхождение вод. Мертвый плод. ОАА.
2. D. spinarum и D. Crictarum равны, уменьшен прямой размер входа в таз, увеличены размеры выхода из таза; рахит в анамнезе; данные общего обследования; отсутствие с/биения плода.
3. Краниотомия.
4. Длительное высокое поперечное стояние головки, разгибание головки при вступлении в малый таз. Асинклитическое вставление головки.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №9**

1. Первая фаза. Первый период срочных родов, общесуженный плоский таз 3 ст. сужения
2. Уменьшены все размеры таза, но прямые – в большей степени.
3. Экстренное кесарево сечение.
4. По типу общеравномерносуженного или плоского таза, в зависимости от того, сужение каких размеров преобладает.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №10**

1. Второй период 3 срочных родов. Вторичная слабость родовой деятельности. Крупный плод.
2. Короткие слабые, неэффективные потуги.
3. Описать различия между клинически и анатомически узким тазом.
4. В/в стимуляция окситоцином, профилактика в/у гипоксии плода.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №11**

1. Беременность 8 недель.
2. Задержка менструации, цианоз слизистых.
3. 2-5-3-4-1

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №12**

1. Беременность 4 недели.
2. Цианоз слизистых.

3. 5-4-1-3-2

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №13**

1. Беременность 12 недель.
2. Задержка менструации, пигментация на коже и сосках, цианоз слизистых
3. 3-2-4-1-5

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №14**

1. Срок беременности по высоте стояния матки – 36 недель.
2. Продольное положение и вторая позиция плода.
3. Точка лучшего выслушивания сердцебиения плода соответствует описанному членорасположению плода.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №15**

1. Срок беременности по высоте стояния дна матки – 28 недель.
2. Продольное положение плода и вторая позиция, тазовое предлежание.
3. Точка лучшего выслушивания плода соответствует описанному членорасположению.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №16**

1. Срок беременности по высоте стояния дна матки – 28 недель.
2. Продольное положение плода и первая позиция, головное предлежание.
3. Точка лучшего выслушивания плода соответствует описанному членорасположению.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №17**

1. Срок беременности по высоте стояния дна матки – 28 недель.
2. Поперечное положение плода и его первая позиция, предлежащая часть отсутствует.
3. Точка лучшего выслушивания плода соответствует описанному членорасположению.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №18**

1. Срок беременности – 32 недели.
2. Дополнительные признаки, подтверждающие срок беременности – ОЖ 82 см, ВДМ – 28 см, выраженная сглаженность пупка.
3. Продольное положение, головное предлежание, первая позиция плода.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №19**

1. Беременность 40 недель.
2. Дополнительные признаки, подтверждающие срок беременности – ОЖ – 98 см, ВДМ – 32 см, выраженное выпячивание пупка, головка плода плотно прижата ко кхodu в малый таз, улучшение дыхания, обусловленное опусканием головки, потеря веса за последние 3 дня, последняя менструация 9 мес назад.
3. Продольное положение, головное предлежание плода, первая позиция.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №20**

1. Предполагаемый срок родов по менструации – 2 октября.
2. Предполагаемый срок родов по шевелению – 10 октября.
3. Предполагаемый срок родов по первой явке – 12 октября.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №21**

1. Роды первые, срочные (при беременности 40 недель), первая фаза первого периода родов.
2. У этой женщины темп раскрытия шейки матки правильный, т.к. за 4 часа шейка матки раскрылась на 3 см.
3. Описать характер схваток в 1 периоде родов. Описать грацицы и роль плодного пузыря в родах. Ранним называется отхождение вод в первой фазе первого периода родов.
4. Продолжительность первых родов в норме составляет  $12 \pm 2$  часа.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №22**

1. Роды вторые, срочные (при беременности 40 недель), первая фаза первого периода родов.
2. У этой женщины темп раскрытия шейки матки правильный, т.к. за 4 часа шейка матки раскрылась на 5 см.

3. Описать продолжительность и название первого периода родов. Описать передние и задние воды. В норме отхождение вод происходит в начале второй фазы первого периода.
4. Продолжительность первого периода у повторнородящих должна составлять 6-8 часов.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №23**

1. Роды срочные, второй период родов.
2. Затылочное предлежание, передний вид, первая позиция. Во входе в малый таз малым сегментом, т.к крестцовая впадина свободна, внутренняя поверхность симфиза доступна исследованию.
3. Малым косым размером (диаметр - 9,5 см, окружность – 32 см).
4. Описать особенности ведения второго периода родов.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №24**

1. Роды срочные, второй период родов.
2. Передний вид затылочного предлежания.
3. В плоскости выхода из малого таза: крестцовая впадина полностью занята головкой, при потугах выпячивается промежность.
4. Малым косым размером (диаметр - 9,5 см, окружность – 32 см).

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №25**

1. Роды срочные, второй период родов.
2. Затылочное предлежание, задний вид, первая позиция. В плоскости широкой части малого таза: верхняя половина крестцовой впадины и лонного сочленения заняты головкой, свободны 4 и 5 крестцовые позвонки и седалищные ости.
3. Средним косым размером (диаметр - 10 см, окружность – 33 см).
4. Описать методы коррекции состояния плода в первом периоде родов.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №26**

1. Роды срочные, второй период родов.
2. Затылочное предлежание, передний вид, вторая позиция.
3. В плоскости широкой части малого таза: верхняя половина крестцовой впадины и лонного сочленения заняты головкой, свободны 4 и 5 крестцовые позвонки и седалищные ости.
4. Малым косым размером (диаметр - 9,5 см, окружность – 32 см).
5. Описать факторы риска плода в родах.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №27**

1. Роды срочные, второй период родов.
2. Затылочное предлежание, вторая позиция, задний вид
3. В узкой части полости малого таза: вся поверхность крестцовой впадины и лонного сочленения заняты головкой, достигаются только нижний край симфиза, седалищные бугры и верхушка копчика.
4. Средним косым размером (диаметр - 10 см, окружность – 33 см).

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №28**

1. При переднем виде затылочного предлежания.
2. Малый родничок.
3. Малым косым размером (диаметр - 9,5 см, окружность – 32 см).
4. Описать методы профилактики гипоксии плода в родах.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №29**

1. При заднем виде затылочного предлежания.
2. Середина между большим и малым родничком.
3. Средним косым размером (диаметр - 10 см, окружность – 33 см).
4. Описать методы контроля за схватками в родах.
5. При поступлении женщины в родильное отделение и после отхождения вод.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №30**

1. Роды первые, срочные, первая фаза первого периода родов.
2. Нормально, т.к. за 3 часа шейка матки раскрылась на 4 см.

3. Описать характер схваток в первом периоде родов.
4. Описать правила защиты промежности в родах.
5. Средняя продолжительность родов у первородящих  $12 \pm 2$  часа.

**Практические навыки по производственной практике  
«Клиническая (помощник врача лечебно-профилактического учреждения)»  
для промежуточной аттестации студентов 4 курса медико-профилактического  
факультета по специальности 32.05.01 "Медико-профилактическое дело"**

**Раздел «Терапия»**

1. Осмотр сердечно-сосудистой системы: определение верхушечного толчка, границ относительной тупости сердца, аускультация сердца. Аускультативная картина аортального стеноза, аортальной недостаточности, митрального стеноза, митральной недостаточности. **(ОПК-7, ПК-14, ПК-22)**
2. Определение отёков нижних конечностей, наличия свободной жидкости в брюшной полости, гидроторакса. **(ОПК-7, ПК-14, ПК-22)**
3. Осмотр дыхательной системы: сравнительная и топографическая перкуссия лёгких, аускультация лёгких. Аускультативная картина при бронхиальной астме, хронической обструктивной болезни лёгких, пневмонии, отёке лёгких. **(ОПК-7, ПК-14, ПК-22)**
4. Приёмы поверхностной и глубокой пальпации живота. Определение симптомов раздражения брюшины (панкреатит, холецистит, гепатит, перитонит). **(ОПК-7, ПК-14, ПК-22)**
5. Осмотр органов мочевыделительной системы. Симптом поколачивания по поясничной области, симптом Пастернацкого. **(ОПК-7, ПК-14, ПК-22)**
6. Осмотр органов эндокринной системы: приёмы пальпации щитовидной железы. **(ОПК-7, ПК-14, ПК-22)**
7. Интерпретация общего анализа крови: признаки воспаления, признаки железодефицитной анемии. **(ПК-14, ПК-22)**
8. Интерпретация общего анализа мочи. **(ПК-14, ПК-22)**
9. Интерпретация биохимического анализа крови: признаки панкреатита, холецистита, гепатита, сахарного диабета. **(ПК-14, ПК-22)**
10. Интерпретация ЭКГ: признаки инфаркта миокарда. **(ПК-14, ПК-22)**

**Раздел «Хирургия»**

**Правильно провести обследование больного (ПК-12):**

1. Сбор анамнеза.
2. Внешний осмотр больного.
3. Пальпация молочной железы.
4. Определение пульсации на периферических артериях нижних конечностей.
5. Исследование пульса.
6. Осмотр и пальпация живота.
7. Перкуссия и пальпация печени, селезенки.

**Знать технику выполнения врачебных манипуляций (ПК-14):**

1. Техника и правила переливания крови и кровезаменителей.
2. Определение групп крови Rh-фактора с помощью стандартных изогемагглютинирующих сывороток.
3. Определение группы крови и Rh-фактора с помощью цоликлонов.
4. Техника переливания препаратов крови, показания, пробы.
5. Промывание желудка, кишечника.
6. Зондирование желудка.
7. Клизмы очистительные, сифонные, лечебные.
8. Подготовка больного к рентгенологическому и ультразвуковому исследованию желудочно-кишечного тракта, мочевыводящей системы; к эндоскопическому исследованию желудочно-кишечного тракта.
9. Выполнение пункций плевральной, брюшной полости.

10. Наложить кровоостанавливающий жгут на бедро при кровотечении из бедренной артерии.
11. Техника пальцевого обследования наружного пахового кольца и интерпретация полученных результатов.
12. Катетеризация мочевого пузыря резиновым и металлическим катетерами. Показания. Техника. Осложнения.
13. Катетеризация мочевого пузыря у мужчин. Показания. Техника. Возможные осложнения и способы их профилактики.
14. Техника выполнения паранефральной блокады. Показания. Осложнения.
15. Лапароцентез. Показания. Подобрать инструменты. Осложнения. «Шарящий» катетер в неотложной хирургии брюшной полости. Показания. Техника. Осложнения.
16. Ректальное исследование в диагностике острых заболеваний органов брюшной полости. Техника. Интерпретирование полученных результатов.
17. Подготовка рук хирурга к операции. Основные способы. Их преимущества и недостатки.

**Уметь интерпретировать данные обследований (ПК-14):**

1. Чтение и клиническая интерпретация рентгенограмм, данных рентгенконтрастных методов исследования.
2. Клиническая оценка данных УЗИ внутренних органов.
3. Оценка данных эзофагогастродуоденоскопии, колоноскопии, ректороманоскопии, бронхоскопии, лапораскопии.

**Клиническая интерпретация (ОК-8):**

1. общего анализа крови;
2. общего анализа мочи (анализов по Зимницкому, Нечипоренко);
3. анализа желудочного содержимого;
4. анализа дуоденального содержимого;
5. биохимических анализов крови

**Уметь оказать неотложную помощь (ПК-14):**

1. Неотложная помощь при кровотечении у больных с язвенной болезнью желудка, двенадцатиперстной кишки и синдромом Мэллори-Вейса.
2. Неотложная помощь при декомпенсированном стенозе привратника.
3. Неотложная помощь при ректальном кровотечении.
4. Неотложная помощь больному при кровотечении из варикозно-расширенных вен пищевода.
5. Неотложная помощь больному с механической желтухой.
6. Неотложная помощь при тупой травме живота с повреждением паренхиматозных органов.
7. Неотложная помощь при тупой травме живота с повреждением полых органов.
8. Неотложная помощь при остром панкреатите.
9. Неотложная помощь больному с желчной коликой.
10. Неотложная помощь больным с копростазом.
11. Неотложная помощь при прободении язв желудка и двенадцатиперстной кишки.
12. Эвентрация. Основные причины. Клиника. Диагностика. Лечение и профилактика.
13. Неотложная помощь при острой кишечной непроходимости (в том числе и при динамической).

**Уметь оформить основные формы медицинской документации (ОПК-4):**

1. истории болезни
2. листы назначений хирургическим пациентам

**Раздел «Акушерство»**

1. Сбор анамнеза. (ОК-8)

2. Наружное акушерское исследование. Определение высоты стояния дна матки и окружности живота. **(ОК-8)**
3. Аускультация сердцебиения плода. **(ПК-14, ОК-8)**
4. Приём родов нафантоме. **(ПК-14, ОК-8)**
5. Неотложная помощь при эклампсии. **(ПК-14, ОК-8)**
6. Неотложная помощь при кровотечениях во время беременности. **(ПК-14, ОК-8)**
7. Неотложная помощь при кровотечениях во время родов. **(ПК-14, ОК-8)**
8. Неотложная помощь при кровотечениях в послеродовом периоде. **(ПК-14, ОК8)**
9. Неотложная помощь при перитоните, септическом шоке, сепсисе. **(ПК-14, ОК8)**
10. Первичный туалет новорождённого. Профилактика офтальмобленнореи. **(ОК-8)**