

Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: Есауленко Игорь Эдуардович  
Должность: Ректор  
Дата подписания: 14.08.2023 11:39:54  
Уникальный программный ключ:  
691eebef92031be66ef61648f97525a2e2da8356

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

Утверждаю  
декан лечебного факультета  
д.м.н., профессор Жданов А.И.  
25 мая 2021г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ  
(помощник врача)**

для специальности 31.05.01- "лечебное дело"  
форма обучения очная  
факультет лечебный  
кафедра факультетской терапии  
кафедра факультетской хирургии  
кафедра акушерства и гинекологии № 1  
курс 4  
семестр 8  
аттестация зачет с оценкой \_\_\_ 8\_\_ --- (семестр)  
Трудоемкость практики 252 (час.)/ 7 (зач. ед.)  
Продолжительность практики 4 / (28) недель/учебных дней

Рабочая программа клинической практики (помощник врач) составлена в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.01 «лечебное дело», с учетом профессионального стандарта "Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)" (утвержден Приказом министра труда и социальной защиты РФ 21.03.2017 г. № 293н)

Составители:

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

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

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

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

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

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

доцент кафедры акушерства и гинекологии №1, к.м.н. Мазуренко Л. Н.,

ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1, к.м.н. Старокожева Н. А.

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры факультетской

терапии. : « 20 мая » 2021 года, протокол № 10

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры Факультетской хирургии

« 23» мая 2021 года, протокол № 11

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры акушерства и гинекологии № 1 « 18 » мая 2021 года, протокол № 9

Рецензент (ы):

Зам. главного врача по обслуживанию взрослого населения БУЗ ВО ВГКБ № 11, к.м.н. Слюсарев Е. А.

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

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

Зав. кафедрой акушерства и гинекологии №2 профессор, д.м.н. Енькова Е.В.

Программа рассмотрена на заседании ЦМК по специальности лечебное дело

25 мая 2021 года, протокол № 6

## 1. ВИД ПРАКТИКИ, СПОСОБ И ФОРМА ПРОВЕДЕНИЯ

Клиническая практика (помощник врача) 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 КЛИНИЧЕСКОЙ 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:**

1. структуру и основные этапы работы врача в стационаре терапевтического профиля;
2. права и обязанности врача-терапевта стационара, порядок приема и сдачи дежурств;
3. рациональный выбор лекарственных средств при терапевтических заболеваниях и неотложных состояниях;
4. методы лечения терапевтического больного в условиях стационара, алгоритм выбора медикаментозного и немедикаментозного лечения, показания к их применению, принципы реабилитации больных;
5. современные методы клинической, лабораторной, инструментальной диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного терапевтического профиля;
6. критерии и алгоритм постановки клинического диагноза, особенности течения и возможные осложнения терапевтических заболеваний;
7. принципы техники безопасности на рабочем месте и охрану от профессиональных заражений;
8. методы санитарно-просветительной работы.

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

1. порядок работы врача-хирурга стационара;
2. состояние санитарно-эпидемического режима в ЛПУ;
3. права и обязанности врача-хирурга;
4. современную классификацию заболеваний и критерии постановки диагноза;
5. правила написания листов назначений;
6. технику выполнения различных инъекций;
7. тактику ведения пациентов при неотложных состояниях;
8. методику проведения местной анестезии и новокаиновых блокад (паранефральной, круглой связки печени, межреберной и др.);
9. методику выполнения пункций плевральной и брюшной полостей;

10. принципы техники безопасности на рабочем месте и охрану от профессиональных заражений.

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

1. организацию работы родильного дома;
2. акушерскую терминологию;
3. признаки беременности малого срока, диагностику беременности с помощью лабораторных и дополнительных методов исследования, большие сроки беременности;
4. изменения, происходящие в организме женщины во время беременности и состояние плода;
5. 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;
6. размеры головки плода, таза женщины;
7. биомеханизм родов при затылочных вставлениях плода нафантоме;
8. биомеханизм родов при тазовых предлежаниях плода нафантоме;
9. основные принципы работы женской консультации;
10. показания, условия к операции кесарева сечения.

**Уметь:**

**выполнять манипуляции врача стационара терапевтического профиля:**

1. провести диагностические мероприятия и оказать первую врачебную помощь при неотложных состояниях, определить показания для экстренной и плановой госпитализации больных;
2. провести сбор анамнеза, опрос, физикальное обследование больного терапевтического профиля в условиях стационара и оценивать данные опроса и осмотра;
3. сформулировать клинический диагноз;
4. составить план обследования терапевтического больного, нуждающегося в стационарной медицинской помощи;
5. интерпретировать результаты клинических, лабораторных, инструментальных исследований, выполняемых в условиях стационара;
6. составить план лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию, назначить медикаментозную терапию, определить путь введения, режим, дозу лекарственных средств;
7. провести стационарное лечение терапевтического больного под руководством врача и использовать методы первичной и вторичной профилактики;
8. организовать и провести санитарно-просветительную работу;
9. правильно оформить медицинскую документацию;
10. дать ближайший и отдаленный прогноз, рекомендации для амбулаторного лечения.

**выполнять манипуляции врача стационара хирургического профиля:**

1. собрать анамнез и провести первичное обследование больного с хирургической патологией;

2. 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;
3. провести анализ данных лабораторных и инструментальных методов исследований при хирургических заболеваниях;
4. составить план обследования больного;
5. сформулировать и обосновать предварительный и окончательный диагнозы;
6. оформить историю болезни на хирургического больного;
7. составить план лечения больных и выявить показания к срочной операции;
8. владеть профессиональной терминологией;
9. провести пальцевое исследование прямой кишки;
10. оказать первую и медицинскую помощь при неотложных состояниях;
11. провести санитарно-просветительную работу среди больных;
12. правильно заполнять медицинскую документацию.

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

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

**Владеть:**

**навыками врача стационара терапевтического профиля:**

1. основными общеклиническими методами обследования;
2. алгоритмом постановки клинического диагноза;
3. медицинскими манипуляциями;
4. техникой выполнения экстренной медицинской помощи при неотложных состояниях.

**техникой врача стационара хирургического профиля:**

1. методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в стационаре хирургического профиля;
2. оценкой состояния здоровья населения различных возрастно-половых групп;
3. методами общего клинического обследования хирургического больного;
4. техникой проверки симптомов основных хирургических заболеваний органов брюшной полости;
5. интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики;
6. алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением на дополнительное обследование и к врачам-специалистам;
7. алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза; техникой опроса и осмотра;
8. 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:**

1. методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в акушерско-гинекологическом стационаре;
2. оценкой состояния здоровья населения различных возрастно-половых групп;
3. интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики;
4. методикой приема нормальных родов на фантоме;
5. методикой наружного акушерского обследования;
6. способом измерения диагональной конъюгаты;
7. методикой родоразрешения с использованием акушерских щипцов на фантоме;
8. техникой плодоразрушающих операции на фантоме;
9. техникой наружного поворота плода на фантоме;
10. 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:

№	Код компетенции	Содержание компетенции (или ее части)	В результате прохождения практики, обучающиеся должны:			
			Знать	Уметь	Владеть	Оценочные средства*
1.	ОК-4	Способность действовать в нестандартных ситуациях, нести социальную и этическую ответственность за принятые решения	<ul style="list-style-type: none"> <li>- определение понятий социальной и этической ответственности при принятии решений;</li> <li>- алгоритм действий в стандартных ситуациях;</li> <li>- альтернативный порядок действий в нестандартных ситуациях;</li> <li>- взаимоотношения врач-пациент, врач-среда.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- анализировать альтернативные варианты действий в нестандартных ситуациях;</li> <li>- оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи;</li> <li>- определять меру социальной и этической ответственности за принятые решения.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями;</li> <li>- подходами к оценке действий в нестандартных ситуациях;</li> <li>- методами оценки социальной и этической ответственности за принятые решения.</li> </ul>	<p>Фрагмент истории болезни</p> <p>Вопросы к собеседованию</p> <p>Тесты</p> <p>Ситуационные задачи</p>
2	ОПК-4	способность и готовность реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности	<ul style="list-style-type: none"> <li>- морально-этические нормы правила и принципы профессионального врачебного поведения;</li> <li>- права пациента и врача;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>применить правила врачебной этики и деонтологии в работе;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- соблюдать врачебную тайну;</li> <li>- соблюдать принципы врачебной этики и деонтологии;</li> </ul>	<p>Фрагмент истории болезни</p> <p>Ситуационные задачи</p>

3	ОПК-6	готовность к ведению медицинской документации	правила оформления медицинской документации в хирургическом стационаре библиографические ресурсы, медико-биологической терминологию, информационно-коммуникационных технологии для решения профессиональных задач.	-оформлять истории болезни, выписные и этапные эпикризы, листы назначений больным хирургического профиля -готовность решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, безопасности.	навыками оформления истории болезни, выписные и этапные эпикризы, листы назначений больным хирургического профиля библиографическими ресурсами, медико-биологической терминологией, информационно-коммуникационных технологиями для решения профессиональных задач.	Вопросы к собеседованию  Практические навыки  Ситуационные задачи
4	ОПК-8	Готовность к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ, и их комбинаций при решении профессиональных задач.	лекарственные препараты в медицинской практике.	применять лекарственные препараты и иные вещества и их комбинации при решении профессиональных задач.	навыками применения лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач.	Тесты  Ситуационные задачи
5	ПК-5	<u>Готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных</u>	-клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных острых хирургических заболеваний; -современные методы клинического,	- собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников; - провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация	-алгоритмом сбора анамнеза и физикального осмотра хирургического больного; -алгоритмом постановки предварительного диагноза у больных с острой хирургической патологией.	Фрагмент истории болезни  Вопросы к собеседованию  Тесты



		<u>исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания</u>	лабораторного, инструментального обследования хирургических больных (включая эндоскопические рентгенологические методы ультразвуковую диагностику)	аускультация); - провести первичное обследование дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной и мочевыделительной систем; -поставить предварительный диагноз больным с хирургической патологией.		Ситуационные задачи  Практические навыки
6	ПК-6	способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра	- этиологию, патогенез наиболее часто встречающихся заболеваний; - современную классификацию заболеваний (МКБ); - клиническую картину, наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп; - современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных (включая эндоскопические,	- провести общеклиническое обследование; -наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза и получения достоверного результата; -сформулировать клинический диагноз -сформулировать клинический диагноз у больных с острой хирургической патологией	- методами общеклинического обследования; - интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; -алгоритмом развернутого клинического диагноза - алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза у больных с острой хирургической патологией.	Фрагмент истории болезни  Вопросы к собеседованию  Тесты  Ситуационные задачи  Практические навыки

			<p>рентгенологические методы, ультразвуковую диагностику);</p> <p>- критерии диагноза различных заболеваний -этиологию, патогенез наиболее часто встречающихся острых хирургических заболеваний;</p> <p>-клинические проявления основных хирургических синдромов, а также клинические симптомы повреждений органов брюшной полости;</p> <p>-критерии диагноза острых хирургических заболеваний.</p>			
7	ПК-8	<p>способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами</p>	<p>-особенности течения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп;</p> <p>-методы диагностики, лечения и показания к их назначению;</p> <p>-современные методы клинического, лабораторного и инструментального</p>	<p>-разработать план диагностических и терапевтических действий в соответствии с выставленным диагнозом;</p> <p>-наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза и получения достоверного результата;</p>	<p>-основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями;</p> <p>- написать лист назначения больному.</p> <p>-интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики.</p>	<p>Фрагмент истории болезни</p> <p>Вопросы к собеседованию</p> <p>Тесты</p>

			<p>обследования хирургических больных; -методы лечения и показания к их применению при острой хирургической патологии</p>	<p>- разработать план хирургических действий</p>		
8	ПК-10	<p>готовность к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи</p>	<p>- возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп; -критерии диагноза осложнений; - современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных для выявления острых состояний; - методы лечения и показания к их назначению;</p>	<p>- оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; - сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств; - использовать в лечебной деятельности методы первичной и вторичной профилактики (на основе доказательной медицины);</p>	<p>- интерпретация результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; - основными врачебными мероприятиями по оказанию медицинской помощи при внезапных острых состояниях, обострении хронических заболеваний; - написать лист назначения больному;</p>	<p>Фрагмент истории болезни  Вопросы к собеседованию  Тесты  Ситуационные задачи</p>

9	ПК-11	готовность к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	- клиническую картину, основные диагностические критерии состояний, требующих срочного медицинского вмешательства (ЖКК, отек легких, гипертонический криз, кардиогенный шок, острое нарушение ритма сердца, астматический статус, пневмоторакс, гидроторакс); - методы лечения и показания к их назначению при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;	- оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему скорой медицинской помощи; - наметить план дополнительного обследования; - сформулировать показания к избранному методу лечения; - использовать в лечебной деятельности методы оказания скорой медицинской помощи;	- интерпретация результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; - использовать методики немедленного устранения состояний требующих, срочного медицинского вмешательства; - осуществлять противошоковые мероприятия; - написать лист назначения больному	Фрагмент истории болезни  Вопросы к собеседованию  Тесты  Ситуационные задачи
10	ПК-12	Готовность к ведению физиологической беременности, приему родов.	ведение физиологической беременности, прием родов.	определить тактику ведения пациенток с физиологической беременностью.	навыками ведения физиологической беременности, приема родов.	Фрагмент истории болезни  Вопросы к собеседованию  Тесты  Ситуационные задачи

*\*минимальное количество успешно выполненных действий (манипуляций, процедур и т.д.), подтверждающих приобретение умения/владения*

### 3. МЕСТО ПРАКТИКИ В СТРУКТУРЕ ООП ВО

Клиническая практика (помощник врача) относится к базовой части Б.2.Б.06 (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 Б.1. Базовой части:** биоэтика, правоведение, латинский язык, анатомия, биохимия, пропедевтика внутренних болезней, лучевая диагностика, факультетская терапия, профессиональные болезни, факультетская хирургия, акушерство и гинекология; в **блоке Б.2. Базовой части:** уход за больными терапевтического и хирургического профиля, помощник палатной медицинской сестры, помощник процедурной медицинской сестры

**Знания:** учение о здоровом образе жизни, взаимоотношения "врач-пациент"; основные принципы и положения конституционного, гражданского, административного и уголовного права; морально-этические нормы, правила и принципы профессионального врачебного поведения, этические основы современного медицинского законодательства; принципы ведения дискуссий и основные способы разрешения конфликтов; основную медицинскую и фармацевтическую терминологию на латинском и иностранном языках; основные направления психологии; строения и топографии органов и тканей, систем органов человеческого организма; клиническую картину, особенности течения и осложнения наиболее распространенных заболеваний у различных возрастных групп; методы диагностики, диагностические возможности методов; методику непосредственного исследования больного терапевтического, хирургического и акушерского профиля; современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных; критерии диагноза различных заболеваний; методы лечения и показания к их применению; 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, современную классификацию заболеваний;

**Умения:** ориентироваться в действующих нормативно-правовых актах о труде, защищать гражданские права врачей и пациентов различного возраста; использовать не менее 900 терминологических единиц; выстраивать и поддерживать рабочие отношения с другими членами коллектива; произвести санитарную обработку больного при поступлении в стационар и в период пребывания в стационаре, смену нательного и постельного белья больного, обработать пролежни; осуществлять уход за больными различного возраста, страдающими заболеваниями различных органов и систем, транспортировку; измерять температуру тела, суточный диурез, собирать биологический материал для лабораторных исследований, проводить антропометрию, различные виды клизм, проводить кормление больных взрослых; осуществить дезинфекцию и предстерилизационную подготовку медицинского инструментария, материалов и средств ухода за больными; собрать анамнез; провести опрос, физикальное обследование пациента направить на лабораторно-инструментальное обследование, на консультацию к специалистам; интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза; сформулировать клинический диагноз; разработать больному план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию,

**Навыки:** изложение самостоятельной точки зрения, анализа и логического мышления, публичной речи, ведения дискуссий и круглых столов, принципами врачебной

деонтологии и медицинской этики; навыками чтения и письма на латинском языке клинических и фармацевтических терминов и рецептов; навыками информирования пациентов и их родственников в соответствии с требованиями правил "информированного согласия"; методами общего клинического обследования; алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза больным; алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях

3.2. Прохождение практики необходимо для знаний, умений и навыков, формируемых последующими дисциплинами и практиками: **в блоке Б.1 Базовой части:** акушерство и гинекология, госпитальная терапия, фтизиатрия, поликлиническая терапия, госпитальная хирургия, нейрохирургия; **в блоке Б.2 Базовой части:** помощник врача амбулаторно-поликлинического учреждения.

**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;

**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.

**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.

#### 4. ОБЪЁМ ПРАКТИКИ

Общая трудоемкость практики – 7 З.Е./252 ч

Клиническая практика (помощник врача) – 7 з.е./252 ч

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)	Самостоятельна я работа (3ч =135 мин в день)	
1	<b>Раздел I Проведение организационно-методического собрания со студентами, подготовка их к прохождению практики</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 практически х занятиях в течение цикла, согласно расписанию	Работа в центре практической подготовки под контролем преподавателя	Демонстрация манипуляций Опрос Аттестация 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</b>	На клинической	Работа с литературными	Изучения соответствующую

	<b>в стационаре в качестве помощника врача стационара терапевтического, хирургического, акушерско-гинекологического профиля</b>	базе под контролем преподавателя	источниками. Работа в соответствующих разделах на платформе Moodle. Оформление соответствующих разделов отчета. Написание истории болезни	этого раздела в системе Moodle с последующим контролем. 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 разделов дневника. Написание	Отчет практики



			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 Работа в соответствующих разделах на платформе Moodle.	Отчет практики Рабочая тетрадь по модулю «Хирургия» 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
- 6.2. Отзывы от базы практики – индивидуальные
- 6.3. Академическая история болезни (модуль терапия, хирургия)
- 6.4. Рабочая тетрадь по модулю хирургия
- 6.5. История родов (модуль акушерство)

6.6. Работа в соответствующих разделах на платформе Moodle.

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

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

#### **1. ВОПРОСЫ ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ**

- Составьте план обследования больного с язвенной болезнью желудка.
- Напишите лист назначений для купирования кардиогенного шока.
- Написать лист назначения больному с острой хирургической патологией (острым аппендицитом) в стационарных условиях и условиях приемного отделения стационара
- Предоперационная подготовка больного
- Ведение нормальных родов
- Методика проведения первичного туалета новорождённого

#### **2. ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ**

• ЭКГ-КРИТЕРИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ФОРМИРОВАНИЕМ ЗУБЦА Q В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ПЕРЕДНЕ-ПЕРЕГОРОДОЧНОЙ И ВЕРХУШЕЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ:

- 1) подъём сегмента ST в отведениях I, III, aVF и депрессия сегмента ST в отведениях I, aVL, V1–4
  - 2) подъём сегмента ST в отведениях I, aVL, V1–4
  - 3) депрессия сегмента ST в отведениях I, aVL, V4–6
  - 4) подъём сегмента ST в отведениях I, aVL, V1–4 и депрессия сегмента ST в отведениях II, III, aVF
- КРИТЕРИЯМИ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ СЧИТАЮТСЯ:
    - 1) выявление высокой чувствительности микрофлоры к антибактериальному препарату при бактериологическом исследовании
    - 2) снижение СОЭ
    - 3) снижение температуры тела и уменьшение интоксикации
    - 4) снижение интенсивности кашля
  - У ПРЯМОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ ГРЫЖЕВЫМИ ВОРОТАМИ ЯВЛЯЮТСЯ:
    - 1) медиальная паховая ямка;
    - 2) латеральная паховая ямка;
    - 3) бедренное кольцо;

- 4) треугольник ПТИ;
- 5) Спигелева линия.
- МЕТОД ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ КРОНА ПРИ ПОРАЖЕНИИ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА:
  - 1) ирригография;
  - 2) лапароскопия;
  - 3) колоноскопия;
  - 4) обзорная рентгеноскопия брюшной полости;
  - 5) пероральная рентгенография кишечника.
- ПОД ПОНЯТИЕМ «ВИД ПЛОДА» ПОНИМАЮТ:
  - 1) отношение крупной части плода ко входу в таз
  - 2) отношение спинки плода к передней или задней стенке 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
- СКОРОСТЬ РАСКРЫТИЯ МАТОЧНОГО ЗЕВА У ПЕРВОРОДЯЩИХ:
  - 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

### 3. 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. 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 подъём 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?

- Больной 73 лет, поступил в срочном порядке с жалобами на тупые боли в правом подреберье, желтуху, обесцвеченный кал. 3 дня назад были сильные боли в правом подреберье, которые значительно уменьшились после приема спазмолитиков. На следующий день после приступа болей появилась желтуха. Перитонеальных симптомов нет.

1. С какими заболеваниями нужно проверить дифференциальную диагностику?
2. План обследования больной?

3. План консервативной терапии, показания к операции?

4. Какие обязательные манипуляции будут проведены во время операции?

- Больной 48 лет обратился с жалобами на общую слабость, чувство тяжести в эпигастрии после приема пищи, обильную рвоту съеденной пищей чаще в конце дня. Страдает язвенной болезнью в течение 10 лет. 2 года назад оперирован по поводу прободной язвы, произведено ушивание перфорации. Похудел за последние месяцы на 5 кг. Состояние средней тяжести. Обезвожен. При осмотре в эпигастрии отмечается выбухание брюшной стенки. Положителен симптом «шум плеска».

1. О каком осложнении язвенной болезни вы подумаете?

2. Какие методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

3. Какие необходимо провести исследования для оценки состояния больного?

4. Какие методы коррекции внутренней среды необходимо провести?

5. Какое лечение показано больному? Если вы решите оперировать, то какие операции производятся при данном осложнении?

- Первородящая 23 лет доставлена бригадой скорой помощи в родильный дом после припадка эклампсии, который произошел дома. Беременность 37-38 недель, состояние тяжелое, сознание заторможено. Кожные покровы бледные, отмечаются выраженные отеки ног. АД 150/100 мм.рт.ст., пульс 98 уд/мин.

Поставьте диагноз:

Ваша тактика:

Ответьте на вопросы (один или несколько правильных ответов):

**1. Какой комплекс неотложных лечебных мероприятий следует провести этой больной в условиях родильного дома:**

- A. Ввести гипотензивные, нейролептические и седативные средства;
- B. Начать комплексную инфузионную терапию;
- C. Перевести больную на искусственную вентиляцию лёгких;
- D. Использовать методику форсированного диуреза.

**2. Определите оптимальную в данном случае тактику ведения беременной:**

- A. Пролонгировать беременность на фоне комплексной патогенетически обоснованной терапии гестоза;
- B. Произвести амниотомию, начать родовозбуждение путём внутривенного капельного введения окситоцина;
- C. Создать витаминно-гормонально-кальциевый фон, провести профилактику внутриутробной гипоксии плода;
- D. Родоразрешить женщину путём кесарева сечения в экстренном порядке.

**3. В отличие от эпилептического припадка для эклампсии характерно:**

- A. Прогрессирующее улучшение состояния больной сразу после припадка;
- B. Выраженные патологические изменения на глазном дне.
- C. Цианоз лица, прикусывание языка;
- D. Обязательная связь с беременностью.

**4. В отличие от эклампсии для диабетической комы характерно:**

- A. Падение артериального давления;
- B. Гиперемия лица, гипотония глазных яблок;
- C. Глубокое и частое дыхание;
- D. Гипопротеинемия, отсутствие кетоновых тел в моче, протеинурия.

**5. Летальный исход при эклампсии может быть связан с:**

- A. Кровоизлиянием в мозг;
- B. Дыхательной недостаточностью;
- C. Острой почечно-печеночной недостаточностью;
- D. Эмболией околоплодными водами.

• В родильном блоке находится роженица 27 лет. Первые роды были 4 года назад, осложнились кровотечением, проводилась ревизия полости матки. Настоящая беременность протекала удовлетворительно, 2 недели назад были мажущие кровянистые выделения из половых путей. Роды начались в срок, вместе со схватками из влагалища появились умеренные кровянистые выделения. Объективно: состояние удовлетворительное. АД 115/80, 110/70 мм.рт.ст. Пульс 78 уд в мин. Матка соответствует сроку доношенной беременности. Положение плода продольное, предлежит головка, над входом в таз. Сердцебиение ясное, 136 уд в мин. Воды не отходили. Схватки через 5 минут по 30 секунд, средней силы. Влагалищное исследование: шейка укорочена до 0,5 см., мягкая, открытие зева 4 см. Плодный пузырь цел. Слева и сзади определяется мягкая губчатая ткань. Предлежит головка над входом в малый таз. После влагалищного исследования кровянистые выделения усилились.

**Поставьте диагноз:**

**Ваша тактика:**

**Ответьте на вопросы (один правильный ответ):**

**1. Что могло послужить причиной аномального расположения плаценты:**

- A. Ревизия полости матки в первых родах
- B. Сохраненный плодный пузырь;
- C. Наличие мажущих выделений 2 недели назад;
- D. Повторные роды;

**2. В каких условиях следует проводить влагалищное исследование у роженицы с маточным кровотечением в I периоде родов:**

- A. С соблюдением асептики;
- B. Контакт с веной;
- C. С подготовленной операционной;
- D. Все верно.

**3. Что можно предпринять для остановки кровотечения в первую очередь:**

- A. Начать стимуляцию родовой деятельности энзапростом;
- B. Вскрыть плодный пузырь;
- C. Ввести в/в хлорид кальция 10% -10,0;
- D. Ввести этамзилат;

**4. Рациональная тактика ведения родов у данной пациентки:**

- A. Экстренное кесарево сечение;
- B. Стимуляция окситоцином после вскрытия плодного пузыря;
- C. Кесарево сечение при продолжающемся кровотечении;
- D. Верно B и C.

#### **4. ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ**

- Интерпретация общего анализа крови: признаки железодефицитной анемии.
- Интерпретация ЭКГ: диагностика стадии и локализации инфаркта миокарда
- Катетеризация мочевого пузыря резиновым и металлическим катетерами. Показания. Техника. Осложнения.
- Клиническая оценка данных УЗИ внутренних органов.
- Влагалищное исследование в родах. Показания. Техника.
- Оценка данных КТГ.

#### **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>
<p>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</p>	<p>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.</p>	<p>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.</p>	<p>Обнаруживаются существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допускает принципиальные ошибки при ответе на вопросы</p>

### Критерии оценивания ситуационной задачи

Критерий/оценка	Отлично	Хорошо	Удовлетворительно	Неудовлетворительно
Наличие правильных ответов на вопросы к 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
Полноты 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**

<b>Критерий/ оценка</b>	<b>Отлично</b>	<b>Хорошо</b>	<b>Удовлетворительно</b>	<b>Неудовлетворительно</b>
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 современными представлениями медицинской науки	Назначает лечение	Знаком с принципами лечения	Не способен
Ошибки	Нет	Единичные стилистические, отступления от последовательности изложения текста, неточности субъективного или объективного исследования, недостаточное умение эффективно использовать данные объективного исследования в постановке	Множество стилистических ошибок, отступления от последовательности изложения текста, недостаточно владеет способами объективного исследования пациента и интерпретации результатов дополнительных методов исследования, но обладающий необходимыми знаниями и	Не грамотное изложение материала

		диагноза и решении лечебно- диагностических задач	способностями для их устранения под руководством преподавателя	
--	--	---	---	--

### Критерии оценки отчёта по 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, не подробное 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

<b>Отлично</b>	<b>Хорошо</b>	<b>Удовлетворительно</b>	<b>Неудовлетворительно</b>
----------------	---------------	--------------------------	----------------------------



<p>Знает в полном объеме, умеет объяснить диагностическую и лечебную манипуляцию, профессионально ориентируется, знает показания к проведению, самостоятельно выполняет манипуляцию</p>	<p>Знает в полном объеме, умеет объяснить диагностическую и лечебную манипуляцию, профессионально ориентируется, знает показания к проведению. Выполняет манипуляцию (общеклиническое обследование 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</p>	<p>Знает в полном объеме, умеет объяснить манипуляцию, профессионально ориентируется, знает показания к проведению. Участвует в выполнении манипуляции (общеклиническое обследование 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>	<p>Не имеет представление и не умеет объяснить диагностическую и лечебную манипуляцию, профессионально ориентироваться, знать показания к проведению манипуляций.</p>
---	--	--	---

	молочных желез, выслушивание сердцебиения плода, составление графиков изменения базальной температуры, проведение общего акушерского исследования и специального акушерского (пельвиометрия, наружное акушерское исследование)) под контролем врача		
--	---	--	--

### **РАСЧЁТ ТЕКУЩЕГО И ПРОМЕЖУТОЧНОГО РЕЙТИНГА ПО КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ (ПОМОЩНИК ВРАЧА)**

Формирование промежуточного рейтинга по клинической 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) - 10 дней, «Хирургия» (Х) - 10 дней, «Акушерство» (А) - 8 дней.

**Промежуточный рейтинг по клинической практике (помощник врача) = ПРТ×0,035+ПРХ×0,35+ПРА×0,3;** 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 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 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»:

$$\text{Текущий рейтинг «Т»} = (\text{Тест} \times 0,1 + \text{ПН} \times 0,1 + \text{ИБ1} \times 0,3 + \text{ИБ2} \times 0,3 + \text{Д} \times 0,2) \times 10$$

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.

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

#### ***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	50
2.	Внутренние болезни: Учебник. / В.И.Маколкин, С.И.Овчаренко, В.А. Суликов. –6-ое изд., перераб. и допол. - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2011. – 768 с.	5	50
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
	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.	50 лекций по хирургии / под ред В.С. Савельева.- М.: Триада-Х, 2006.-752 с.	1	10
6.	Акушерство. Курс лекций: учебное пособие // Под ред. А.Н. Стрижакова, А.И. Давыдова.-М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.-456 с.: ил.	10	10
7.	Клинические лекции по акушерству и гинекологии: [руководство] / [Ю.Э. Доброхотова и др.]; под ред. Ю.Э. Доброхотовой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 312 с. - (Библиотека врача-специалиста).	3	15
8.	Акушерство и гинекология - Кулаков В.И. - Клинические рекомендации / под ред. В.Н.Серова, Г.Т.Сухих - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1024с	5	5
9.	Акушерство. Клинические лекции: учебное пособие / Под ред. проф. О.В. Макарова. - М.: ГЭОТАР- Медиа, 2007. - 640 с. : ил.	5	10

### 8.3 Программное обеспечение и Интернет-ресурсы.

Электронно-библиотечная система:

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

Интернет-ресурсы:

1. Стандарты медицинской помощи <http://www.rspor.ru/index.php?mod1=standarts3&mod2=db1>
2. Информационно-справочные и поисковые системы PubMed  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
3. Веб ресурс для врачей для поиска медицинской информации на английском языке  
[www.medscape.com](http://www.medscape.com)
4. Государственный реестр лекарственных средств  
<http://www.drugreg.ru/Bases/WebReestrQuerasp>
5. Сайт Минздрава России <http://www.rosminzdrav.ru>
6. Электронная библиотечная система [www. bibliomed.ru](http://www.bibliomed.ru)
7. ELIBRARY.RU научная электронная библиотека <http://elibrary.ru/>
8. Центральная научная медицинская библиотека <http://www.scsml.rssi.ru/>
9. Российское кардиологическое общество <http://www.scardio.ru>
10. Общество специалистов по сердечной недостаточности <http://ossn.ru/>
11. Российское медицинское общество по артериальной гипертензии (РМОАГ)  
<http://www.gipertonik.ru>
12. Ассоциация ревматологов России <http://rheumatolog.ru/arr>
13. Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация <http://www.gastro.ru>
14. Российское респираторное общество <http://pulmonology.ru/publications/federal.ph>
15. Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи  
<http://www.cito03.ru/>

## 9. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРАКТИКИ

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

#### 1. БУЗ ВО Воронежская областная клиническая больница №1:

Руководитель: главный врач, к.м.н. Вериковский Виктор Александрович

Юридический адрес: 394066, г. Воронеж, Московский проспект, 151,

Контактный телефон: +7 (473) 207-24-00

Электронная почта: [mail@vokb1.zdrav36.ru](mailto:mail@vokb1.zdrav36.ru)

#### 2. Перинатальный центр БУЗ ВО ВОКБ №1

Руководитель: зам. гл. врача по акушерству и гинекологии Хоц Сергей Семёнович

Юридический адрес: 394066, г. Воронеж, Московский проспект, 151,

Контактный телефон: +7 (473) 207-24-00

Электронная почта: [mail@vokb1.zdrav36.ru](mailto:mail@vokb1.zdrav36.ru)

#### 3. 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)

#### 4. БУЗ ВО «Воронежская городская клиническая больница №2»

Руководитель: главный врач, к.м.н. Воронина Елена Валерьевна

Юридический адрес: 394000, г. Воронеж проспект Революции, 10

Контактный телефон: (473) 253-00-30

Электронная почта: [gkb2@vmail.ru](mailto:gkb2@vmail.ru)

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

Руководитель — главный врач Шамсутдинов Сергей Хайдарович

Юридический адрес: 394030, г. Воронеж, ул. Плехановская, 66

Контактный телефон: (473) 253-00-30

Электронная почта: [gkb3@vmail.ru](mailto:gkb3@vmail.ru)

#### 6. 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)

#### 7. 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)

#### 8. БУЗ ВО «Воронежская городская клиническая больница скорой медицинской помощи №10»

Руководитель: главный врач Иванов Михаил Васильевич

Юридический адрес: 394042, г. Воронеж, ул. Минская, 43

Контактный телефон: (473) 296-18-00

Электронная почта: [bsmp10@kvmail.ru](mailto:bsmp10@kvmail.ru)

#### 9. НУЗ Дорожная клиническая больница на станции «Воронеж 1» ОАО «Российские железные дороги»

Руководитель: главный врач Новомлинский Валерий Васильевич

Юридический адрес: 394052, г. Воронеж, переулок Здоровья, 2

Контактный телефон: (473) 65-27-27

#### 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](mailto:rd2.vrn@yandex.ru)

*11. БУЗ ВО «Воронежский родильный дом №3»*

Руководитель: главный врач Рыжиков Юрий Сергеевич

Юридический адрес: 394026, г. Воронеж, проспект Труда, 38

Контактный телефон: (473) 246-12-10

Электронная почта: [rd3@icmail.ru](mailto:rd3@icmail.ru)

*12. БУЗ ВО «Воронежский центр планирования семьи и репродукции»*

Руководитель: главный врач Вандышев Игорь Валерьевич

Юридический адрес: 394065, г. Воронеж, ул. Южно-Моравская, 9

Контактный телефон: (473) 231-74-72

Электронная почта: [cpsr@vmail.ru](mailto:cpsr@vmail.ru)

9.2.Перечень оборудования, необходимого для проведения практики:

Наборы электрокардиограмм (нарушения возбудимости)

Набор электрокардиограмм (нарушения проводимости)

Набор электрокардиограмм (инфаркт миокарда)

Набор обзорных рентгенограмм органов грудной клетки, органов брюшной полости

Набор рентгенограмм с контрастированием

Набор рентгенограмм таза

Набор снимков КТ

Набор общих анализов крови (анемии)

Набор общих анализов крови (лейкозы)

Набор биохимических анализов крови

Набор общих анализов мочи

Набор анализов мочи по Зимницкому, Нечипоренко, Аддису-Каковскому, Ребергу

Набор результатов УЗИ (сердца, органов брюшной полости, почек, малого таза)

Патологические тазы (нормальный, остеомалятический, карликовый, ассимиляционный, поперечно-суженный, кососуженный, общеравномерносуженный, плоский, рахитический, сколиотический, глубокий ассимиляционный).

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.

Перерастяжение нижнего сегмента.

Запущенное поперечное положение плода с выпадением ручки.

Косое положение плода.

Поперечное положение плода.

Различные степени раскрытия шейки матки.

Пять видов положений матки в малом тазу.

Доношенная беременность.

Предлежание плаценты

Отслойка плаценты.

Анатомия таза.

Матка девочки, женщины.

Перечень контрольных вопросов для подготовки к зачёту по клинической практике  
(помощник врача) по специальности 31.05.01 – лечебное дело  
студентов 4 курса лечебного факультета

## Раздел «Терапия»

1. Составьте план обследования пациента с инфарктом миокарда. Противопоказания к коронароангиографии. (ПК-6)
2. ЭКГ-диагностика инфаркта миокарда. (ПК-6)
3. Тактика ведения пациента с острым коронарным синдромом. Показания и противопоказания к тромболизису. (ОК-4, ПК-8, ПК-10)
4. Напишите лист назначений для купирования кардиогенного шока. (ОПК-6, ПК-11)
5. Напишите лист назначений для купирования отёка лёгких. (ОПК-6, ПК-11)
6. Составьте план обследования пациента со стенокардией. (ПК-6)
7. Напишите лист назначений пациенту со стенокардией напряжения. (ОПК-6, ПК-8, ПК-10)
8. Методика записи электрокардиограммы. (ПК-6)
9. ЭКГ-диагностика нарушений проводимости. (ПК-6)
10. ЭКГ-диагностика нарушений возбудимости. (ПК-6)
11. ЭКГ-диагностика фибрилляции предсердий. Тактика ведения пациента в зависимости от формы фибрилляции предсердий по длительности. (ОК-4, ПК-6, ПК-8)
12. Составьте план обследования пациента с артериальной гипертензией. Значение СМАД в диагностике артериальной гипертензии. (ПК-6)
13. Определение стадии артериальной гипертензии и степени риска сердечно-сосудистых осложнений. (ПК-6)
14. Составьте план лечения пациента с артериальной гипертензией. (ПК-8, ПК-10)
15. Напишите лист назначений для купирования гипертонического криза. (ОПК-6, ПК-11)
16. Диагностика хронической сердечной недостаточности. (ПК-6)
17. Составьте план обследования пациента с инфекционным эндокардитом. Особенности забора крови для бактериологического исследования. (ПК-6)
18. Напишите лист назначений пациенту с инфекционным эндокардитом. Показания к хирургическому лечению. (ОК-4, ОПК-6, ПК-8, ПК-10)
19. Составьте план обследования пациента с острой ревматической лихорадкой. (ПК-6)
20. Напишите лист назначений пациенту с острой ревматической лихорадкой. Первичная и вторичная профилактика ревматизма. (ОПК-6, ПК-8, ПК-10)
21. Составьте план обследования пациента с пневмонией. (ПК-6)
22. Техника проведения плевральной пункции. Написание результатов анализов плеврального пунктата при экссудате и трансудате. (ПК-6)
23. Напишите лист назначений пациенту с пневмонией. (ОПК-6, ПК-8, ПК-10)
24. Методика проведения спирометрии. (ПК-6)
25. Составьте план обследования пациента с бронхиальной астмой. (ПК-6)
26. Напишите лист назначений пациенту с бронхиальной астмой. (ОПК-6, ПК-8, ПК-10)
27. Напишите лист назначений для купирования астматического статуса. (ОПК-6, ПК-11)
28. Составьте план обследования пациента с хронической обструктивной болезнью лёгких. (ПК-6)
29. Напишите лист назначений пациенту с хронической обструктивной болезнью лёгких. (ОПК-6, ПК-8, ПК-10)
30. Составьте план обследования пациента с хроническим гастритом. (ПК-6)
31. Составьте план обследования пациента с язвенной болезнью желудка. (ПК-6)
32. Напишите лист назначений пациенту с язвенной болезнью желудка. Трёхкомпонентная и четырёхкомпонентная схема эрадикационной терапии *H. pylori*. (ОПК-6, ПК-8, ПК-10)



33. Составьте план обследования пациента с хроническим холециститом. (ПК-6)
34. Напишите лист назначений пациенту с хроническим холециститом. (ОПК-6, ПК-8, ПК-10)
35. Составьте план обследования пациента с хроническим гепатитом. (ПК-6)
36. Напишите лист назначений пациенту с хроническим вирусным гепатитом В. (ОПК-6, ПК-8, ПК-10)
37. Напишите лист назначений пациенту с хроническим вирусным гепатитом С. (ОПК-6, ПК-8, ПК-10)
38. Составьте план обследования пациента с хроническим панкреатитом. (ПК-6)
39. Напишите лист назначений пациенту с хроническим панкреатитом. (ОПК-6, ПК-8, ПК-10)
40. Составьте план обследования пациента с неспецифическим язвенным колитом. (ПК-6)
41. Составьте план обследования пациента с болезнью Крона. (ПК-6)
42. Напишите лист назначений пациенту с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника. (ОПК-6, ПК-8, ПК-10)
43. Составьте план обследования пациента с хроническим гломерулонефритом. (ПК-6)
44. Напишите лист назначений пациенту с хроническим гломерулонефритом. (ОПК-6, ПК-8, ПК-10)
45. Составьте план обследования пациента с железодефицитной анемией. (ПК-6)
46. Напишите лист назначений пациенту с железодефицитной анемией. (ОПК-6, ПК-8, ПК-10)
47. Составьте план обследования пациента с В12 –дефицитной анемией. (ПК-6)
48. Показания к переливанию крови и её компонентов. Методики определения группы крови. (ПК-6, ПК-8)
49. Составьте план обследования пациента с хроническим миелолейкозом. (ПК-6)
50. Составьте план обследования пациента с хроническим лимфолейкозом. (ПК-6)

## **Раздел «Хирургия»**

- 1.** Составить план обследования больного с хирургической патологией (гастроудоденальным 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-5)
- 2.** Написать лист назначения больному с острой хирургической патологией (гастроудоденальным 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. (ОПК-6, ПК-8)
- 3.** Составить план лечебно-диагностических мероприятий больному с хирургической патологией (гастроудоденальным 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-6, ПК-8)
- 4.** Предоперационная подготовка больного. (ОПК-8, ПК-8)
- 5.** Ведение больного в послеоперационном периоде (режим, диета, аспекты медикаментозной терапии). (ОПК-8, ПК-8)
- 6.** Дать заключение по прилагающемуся рентгенографическому снимку, УЗИ, эндоскопическому обследованию больного, общему анализу крови, биохимическому анализу крови, общему анализу мочи, КТ, МРТ. (ПК-5)
- 7.** Техника перевязки ран, заживающих первичным натяжением, оценка состояния раны.

(ПК-8)

**8.** Техника перевязки ран, заживающих вторичным натяжением, оценка состояния раны.

(ПК-8)

**9.** Техника ПХО ран.

**10.** Обработка рук хирурга, обработка операционного поля, понятие о асептике, антисептике.

(ПК-8)

**11.** Перечислите показания для экстренной и плановой госпитализации хирургических больных. Перечислите основные типовые медицинские документы, заполняемые врачами хирургами в хирургическом стационаре. (ОПК-6, ПК-8)

**12.** 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-5)

**13.** Осложнения после гемотрансфузии, лечение. (ПК-6, ПК-8)

**14.** Методика постановки очистительной и сифонной клизм, показания, противопоказания к проведению процедуры. (ПК-5)

**15.** Методика постановки НГЗ, показания, противопоказания к проведению процедуры. (ПК-5, ПК-8)

**16.** Методика постановки интестинального зонда, показания, противопоказания к проведению процедуры. (ПК-5, ПК-8)

**17.** Методика постановки мочевого катетера, типы катетеров, показания и противопоказания к проведению процедуры. (ПК-5, ПК-8)

**18.** Методика проведения плевральной пункции. Техника выполнения процедуры, показания к проведению плевральной пункции, осложнения при проведении пункции. (ПК-5, ПК-8)

**19.** Методика проведения абдоминальной пункции. Техника выполнения процедуры и показания к проведению пункции. (ПК-5, ПК-8)

**20.** Методика проведения паранефральной блокады. Техника выполнения процедуры, осложнения. (ПК-8)

**21.** 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)

## **Раздел «Акушерство»**

**1.** Составить план обследования беременной с акушерской патологией (угрожающие преждевременные роды, гипертезионные нарушения, преэклампсия, эклампсия, предлежание плаценты, отслойка нормально расположенной плаценты, плацентарная недостаточность, анатомически узкий таз, неправильные положения плода, крупный плод, многоплодная беременность) в стационарных условиях и условиях приемного отделения стационара. (ОК-4, ОПК-4, ПК-5, ПК-12)

**2.** Составить план обследования беременной с соматической патологией (заболеваниями сердечно-сосудистой системы, заболеваниями почек и мочевыводящих путей, эндокринной патологией, заболеваниями органов дыхания, заболеваниями органов пищеварения) в стационарных условиях и условиях приемного отделения стационара. (ОК-4, ОПК-4, ПК-5, ПК-12)

**3.** Написать лист назначения беременной с акушерской патологией (угрожающие преждевременные роды, гипертезионные нарушения, преэклампсия, эклампсия, предлежание плаценты, отслойка нормально расположенной плаценты, плацентарная недостаточность, анатомически узкий таз, неправильные положения плода, крупный плод, многоплодная беременность) в стационарных условиях и условиях приемного отделения стационара. (ОК-4, ОПК-6, ОПК-8, ПК-12)

4. Написать лист назначения беременной с соматической патологией (заболеваниями сердечно-сосудистой системы, заболеваниями почек и мочевыводящих путей, эндокринной патологией, заболеваниями органов дыхания, заболеваниями органов пищеварения) в стационарных условиях и условиях приемного отделения стационара. (ОК-4, ОПК-6, ОПК-8, ПК-12)
5. Составить план лечебно-диагностических мероприятий беременной с акушерской патологией (угрожающие преждевременные роды, гипертензионные нарушения, преэклампсия, эклампсия, предлежание плаценты, отслойка нормально расположенной плаценты, плацентарная недостаточность, анатомически узкий таз, неправильные положения плода, крупный плод, многоплодная беременность). (ОК-4, ОПК-4, ОПК-8, ПК-5, ПК-12)
6. Составить план лечебно-диагностических мероприятий беременной с соматической патологией (заболеваниями сердечно-сосудистой системы, заболеваниями почек и мочевыводящих путей, эндокринной патологией, заболеваниями органов дыхания, заболеваниями органов пищеварения) в стационарных условиях и условиях приемного отделения стационара. (ОК-4, ОПК-4, ОПК-8, ПК-5, ПК-12)
7. Ведение нормальных родов. (ОПК-8, ПК-12)
8. Ведение преждевременных родов. (ОПК-8, ПК-12)
9. Ведение родов в тазовом предлежании. (ОПК-8, ПК-12)
10. Ведение родильницы в послеродовом периоде (режим, диета, аспекты медикаментозной терапии). (ОПК-8, ПК-12)
11. Предоперационная подготовка беременной к плановому кесареву сечению. (ОПК-8, ПК-12)
12. Ведение родильницы в послеоперационном периоде (режим, диета, аспекты медикаментозной терапии). (ОПК-8, ПК-12)
13. Дать заключение по прилагающемуся общему анализу крови, биохимическому анализу крови, общему анализу мочи, коагулограмме, результату УЗИ плода, УЗИ ФПК, КТГ. (ПК-5)
14. Техника наружного акушерского исследования (ПК-5, ПК-12).
15. Техника внутреннего акушерского исследования (ПК-8, ПК-12).
16. Техника взятия мазков из уретры, шейки матки и влагалища (ПК-5).
17. Техника осмотра родовых путей после родов (ПК-5, ПК-12).
18. Перечислите показания для экстренной и плановой госпитализации беременных и рожениц в отделения родильного дома. Перечислите основные типовые медицинские документы, заполняемые врачами в акушерском стационаре. (ОПК-6, ОПК-8)
19. Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте, показания, противопоказания, техника, методы обезболивания (ОПК-8, ПК-5, ПК-12).
20. Методика ручного отделения и выделения последа (ПК-5, ПК-12).
21. Методика проведения первичного туалета новорожденного (ПК-12).
22. Методика оценки состояния новорожденного по шкале Апгар (ПК-6, ПК-12).
23. Вакуум-экстракция плода, показания, противопоказания, техника, методы обезболивания (ОПК-8).
24. Рассечение промежности в родах, показания, техника, методы обезболивания (ОПК-8, ПК-12).
25. Структура и основные этапы работы врача в родильном доме. Морально-этические нормы, правила и принципы профессионального врачебного поведения, права и обязанности врача акушера-гинеколога акушерского стационара. (ОПК-4).

Перечень тестовых заданий для подготовки к зачёту по клинической практике (помощник врача) по специальности 31.05.01 – лечебное дело студентов 4 курса лечебного факультета

Раздел «Терапия»

Выберите один правильный ответ.

1. ПРИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНЫХ АРТЕРИЙ ОТМЕЧАЕТСЯ (ПК-6)

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

2. СИНДРОМ «БРЮШНОЙ ЖАБЫ» – ЭТО (ПК-6)

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

3. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДИСЛИПИДЕМИЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХСЯ ПОВЫШЕННЫМ СОДЕРЖАНИЕМ В ПЛАЗМЕ КРОВИ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА И ХОЛЕСТЕРИНА ЛПНП, СЧИТАЮТСЯ: (ПК-8, ПК10)

- 1) фибраты
- 2) статины
- 3) препараты, содержащие омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты
- 4) ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента

4. ГЛАВНОЙ МИШЕНЬЮ АНТИГИПЕРЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ СЧИТАЕТСЯ (ПК-8, ПК10)

- 1) холестерин ЛПВП
- 2) триглицериды
- 3) фосфолипиды
- 4) холестерин ЛПНП

5. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИИ СЧИТАЮТСЯ (ПК-8, ПК10)

- 1) статины
- 2) комбинация эзетемиба и статинов
- 3) фибраты
- 4) антиоксиданты и препараты омега-3 полиненасыщенных жирных кислот

6. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ БОЛЕВОГО ПРИСТУПА ПРИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ (ПК-6)

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

7. «ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ» ДИАГНОСТИКИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ (ПК-6)

- 1) ЭКГ
- 2) ЭхоКГ
- 3) проба с дозированной физической нагрузкой
- 4) коронароангиография

8. ОСНОВНОЙ МЕТОД ВЫЯВЛЕНИЯ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА (ПК-6)

- 1) ЭКГ в состоянии покоя
- 2) ЭхоКГ
- 3) суточное мониторирование ЭКГ
- 4) нагрузочная проба

9. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ АНГИНОЗНОГО ПРИСТУПА ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-11)

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

10. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АНГИНОЗНОГО ПРИСТУПА ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-8, ПК10)

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

11. ЭКГ-КРИТЕРИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ФОРМИРОВАНИЕМ ЗУБЦА Q В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ПЕРЕДНЕ-ПЕРЕГОРОДОЧНОЙ И ВЕРХУШЕЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ (ПК-6)

- 5) подъём сегмента ST в отведениях I, III, aVF и депрессия сегмента ST в отведениях I, aVL, V 1 – 4
- 6) подъём сегмента ST в отведениях I, aVL, V 1 – 4
- 7) депрессия сегмента ST в отведениях I, aVL, V 4 – 6
- 8) подъём сегмента ST в отведениях I, aVL, V 1 – 4 и депрессия сегмента ST в отведениях II, III, aVF

12. МЕТОДАМИ РЕПЕРFUЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЮТСЯ (ПК-8)

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

13. НА 3-ИЙ ДЕНЬ НЕОСЛОЖНЁННОГО ПЕРЕДНЕГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ДОЛЖЕН ПОЛУЧАТЬ (ПК-8, ПК10)

- 1) триметазидин
- 2) лидокаин
- 3) ингибиторы АПФ
- 4) верапамил

14. РЕПЕРФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ ДЛИТЕЛЬНОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ИНФАРКТА МИОКАРДА (ПК-8)

- 1) до 3 часов
- 2) до 6 часов
- 3) до 9 часов
- 4) до 12 часов

15. ДЛЯ ПОЛНОЙ БЛОКАДЫ ПРАВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ХАРАКТЕРНО (ПК-6)

- 1) продолжительность комплекса QRS менее 0,12 сек
- 2) расщепление комплекса QRS в правых грудных отведениях, продолжительность комплекса QRS более 0,12 сек
- 3) уменьшение частоты зубцов R менее 60 уд/мин
- 4) увеличение продолжительности интервала P-Q более 0,21 сек

16. ЭКГ-ПРИЗНАКОМ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ СЧИТАЕТСЯ (ПК-6)

- 1) ритм правильный, зубец P отрицательный в стандартных отведениях
- 2) волны f с частотой менее 340 в мин, широкие, одинаковые по амплитуде и продолжительности, одинаковые интервалы R-R
- 3) полиморфные волны f различной амплитуды и ширины с частотой 350 – 700 в минуту, неодинаковые интервалы R-R
- 4) наличие зубца QS в грудных отведениях

17. В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НАДЖЕЛУДОЧКОВЫХ ЭКСТРАСИСТОЛИЙ ВЕДУЩИМИ ПРИЗНАКАМИ СЧИТАЮТСЯ (ПК-6)

- 1) частота сердечных сокращений
- 2) наличие или отсутствие зубца P, морфология и длительность комплекса QRS
- 3) изменения сегмента ST в правых грудных отведениях
- 4) наличие компенсаторной паузы

18. СТЕПЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ (ПК-6)

- 1) давностью артериальной гипертензии
- 2) уровнем артериального давления
- 3) наличием кризов
- 4) степенью поражения органов-мишеней

19. СТАДИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ (ПК-6)

- 1) длительности заболевания
- 2) имеющихся факторов риска
- 3) величины АД
- 4) поражения органов-мишеней, ассоциированных клинических состояний

20. РИСК РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ (ПК-6)

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

21. ОПРЕДЕЛИТЬ УРОВЕНЬ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ

ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНОГО, ПЕРЕНЕСШЕГО КОРОНАРНУЮ АНГИОПЛАСТИКУ  
МОЖНО КАК (ПК-6)

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

22. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО  
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СЛЕДУЮЩИХ КОМБИНАЦИЙ ПРЕПАРАТОВ (ПК-8, ПК10)

- 1) недигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов и бета-адреноблокаторы
- 2) дигидропиридиновые блокаторы медленных кальциевых каналов и бета-адреноблокаторы
- 3) ингибиторы АПФ и дигидропиридиновые блокаторы медленных кальциевых каналов
- 4) блокаторы рецепторов ангиотензина II и дигидропиридиновые блокаторы медленных кальциевых каналов

23. БОЛЬНОМУ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЮ В СОЧЕТАНИИ С  
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПРОТИВОПОКАЗАН (ПК-8, ПК10)

- 1) верапамил
- 2) пропранолол
- 3) гидрохлортиазид (гипотиазид)
- 4) валсартан

24. К БОЛЬШОМУ ДИАГНОСТИЧЕСКОМУ КРИТЕРИЮ ИНФЕКЦИОННОГО  
ЭНДОКАРДИТА ОТНОСИТСЯ (ПК-6)

- 1) положительная гемокультура в 2-х посевах
- 2) лихорадка выше 38°C
- 3) внутривенная наркомания
- 4) пятна Рота

25. У ВНУТРИВЕННЫХ НАРКОМАНОВ ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЕТСЯ (ПК-6)

- 1) трикуспидальный клапан
- 2) митральный клапан
- 3) аортальный клапан
- 4) клапан лёгочной артерии

26. У БОЛЬНОГО С ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ  
ГЕМОКУЛЬТУРЫ НЕОБХОДИМО ПРОИЗВОДИТЬ (ПК-6)

- 1) однократный забор крови из периферической вены
- 2) двукратный забор крови из одной вены в течение 1 часа
- 3) трёхкратный забор крови из разных периферических вен в течение 1 часа
- 4) двукратный забор крови из разных периферических вен в течение 30 минут

27. ДИАГНОЗ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ ДОСТОВЕРНЫМ  
ПРИ НАЛИЧИИ (ПК-6)

- 1) одного большого, одного малого критерия и данных, подтверждающих предшествующую стрептококковую инфекцию
- 2) двух больших и двух малых критериев
- 3) одного большого и трёх малых критериев
- 4) одного большого, двух малых критериев и данных, подтверждающих предшествующую стрептококковую инфекцию

28. ХАРАКТЕРНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ АРТРИТА ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-6)

- 1) боль в крупных суставах в ночное время суток
- 2) выраженный экссудативный компонент воспаления
- 3) полная обратимость процесса
- 4) поражение мелких суставов

29. ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ПРОВОДИТСЯ (ПК-8, ПК10)

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

30. ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-6)

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

31. ДЛЯ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА ТИПИЧНА СЛЕДУЮЩАЯ АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА (ПК-6)

- 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

32. ДЛЯ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНА СЛЕДУЮЩАЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА (ПК-6)

- 1) отклонение ЭОС вправо, признаки гипертрофии правого предсердия и правого желудочка
- 2) отклонение ЭОС влево, наличие неполной блокады правой ножки пучка Гиса
- 3) отклонение ЭОС влево, признаки гипертрофии миокарда левого желудочка
- 4) сочетание блокады передней ветви левой ножки пучка Гиса с блокадой левой ножки пучка Гиса

33. ДЛЯ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ТИПИЧНА СЛЕДУЮЩАЯ АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА (ПК-6)

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



34. ДЛЯ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ТИПИЧНА СЛЕДУЮЩАЯ АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА (ПК-6)

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

35. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-6)

- 1) увеличение II дуги на правом контуре сердца и IV – на левом, талия подчёркнута
- 2) увеличение I дуги на правом контуре сердца и II и III дуг – на левом, талия сглажена
- 3) увеличение I и II дуг на правом контуре сердца, III и IV дуг – на левом, талия сглажена
- 4) увеличение II дуги на правом контуре сердца, уменьшение IV дуги на левом контуре

36. АОРТАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ (ПК-6)

- 1) увеличение II дуги на правом контуре сердца и IV – на левом
- 2) увеличение I и II дуг на правом контуре и III и IV дуг – на левом
- 3) увеличение I дуги на правом контуре сердца и II и III дуг – на левом, талия сглажена, признаки венозного застоя
- 4) увеличение I и II дуг на правом контуре сердца, III и IV дуг – на левом, талия сглажена

37. ПРИЗНАКИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ III СТАДИИ (ПК-6)

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

38. ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, СООТВЕТСТВУЮЩИЕ II ФУНКЦИОНАЛЬНОМУ КЛАССУ (ПК-6)

- 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

39. ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, СООТВЕТСТВУЮЩИЕ III ФУНКЦИОНАЛЬНОМУ КЛАССУ (ПК-6)

- 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 отёков при небольшой физической нагрузке

40. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ИСПОЛЬЗУЮТ (ПК-6)

- 1) ЭКГ
- 2) эхокардиографию

- 3) суточное мониторирование ЭКГ
- 4) суточное мониторирование ЭКГ и АД

#### 41. ПРЕПАРАТЫ, ЗАМЕДЛЯЮЩИЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (ПК-8, ПК10)

- 1) диуретики и сердечные гликозиды
- 2) сердечные гликозиды
- 3) периферические вазодилататоры
- 4) ингибиторы АПФ и бета-адреноблокаторы

#### 42. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ДИУРЕТИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-8)

- 1) фибрилляция предсердий при любом классе хронической сердечной недостаточности
- 2) диастолическая дисфункция миокарда левого желудочка и фракция выброса <55%
- 3) хроническая сердечная недостаточность любой этиологии
- 4) хроническая сердечная недостаточность ПА – III стадии при наличии застойных явлений и фракции выброса <25%

#### 43. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-8)

- 1) тахисистолическая форма фибрилляции предсердий при любом классе хронической сердечной недостаточности
- 2) синусовая тахикардия
- 3) низкое артериальное давление
- 4) диастолическая дисфункция миокарда левого желудочка

#### 44. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА (ОК-4, ОПК-4, ПК-8)

- 1) клапанные пороки сердца
- 2) фракция выброса левого желудочка 40%
- 3) фракция выброса левого желудочка <20%
- 4) III функциональный класс хронической сердечной недостаточности

#### 45. ПРИ КЛАССИФИКАЦИИ ПНЕВМОНИЙ ПО КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОМУ ПРИНЦИПУ С УЧЁТОМ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ВЫДЕЛЯЮТ ПНЕВМОНИИ (ПК-6)

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

#### 46. ВОЗБУДИТЕЛЕМ АТИПИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ СЧИТАЕТСЯ (ПК-6)

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

#### 47. ДЛЯ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ ХАРАКТЕРНО (ПК-6)

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

48. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ МОКРОТЫ БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ ЧАСТО ВЫЯВЛЯЕТСЯ (ПК-6)

- 1) большое количество клеток с признаками атипии
- 2) большое количество эозинофилов
- 3) большое количество нейтрофильных лейкоцитов
- 4) большое количество эластических волокон

49. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ТЯЖЕСТИ ПНЕВМОНИИ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ (ПК-6)

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

50. К ОСНОВНЫМ НАПРАВЛЕНИЯМ В ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ ОТНОСИТСЯ (ПК-8)

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

51. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИИ СЧИТАЮТСЯ (ПК-8, ПК10)

- 1) цефалоспорины III поколения
- 2) метронидазол
- 3) аминогликозиды
- 4) макролиды

52. КРИТЕРИЯМИ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ СЧИТАЮТСЯ (ПК-8)

- 1) выявление высокой чувствительности микрофлоры к антибактериальному препарату при бактериологическом исследовании
- 2) снижение СОЭ
- 3) снижение температуры тела и уменьшение интоксикации
- 4) снижение интенсивности кашля

53. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ, ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ДЛЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ И НЕАЛЛЕРГИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ (ПК-6)

- 1) аллергическая реакция немедленного типа, аллергическая реакция замедленного типа, гиперреактивность бронхов
- 2) аллергическая реакция немедленного типа, аллергическая реакция замедленного типа
- 3) аутоиммунный механизм, фиброз бронхов
- 4) гиперреактивность бронхов, эмфизема лёгких

54. ПРИЗНАКАМИ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА СЧИТАЮТСЯ (ПК-6)

- 1) акцент II тона над лёгочной артерией и тахикардия
- 2) удлинённый выдох и сухие рассеянные хрипы, увеличивающиеся на выдохе
- 3) повышение сывороточного IgE и эозинофилия
- 4) сухой непродуктивный кашель

55. ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ (ПК-6)

- 1) инспираторная одышка
- 2) брадикардия
- 3) удлинённый выдох
- 4) дистанционные хрипы

#### 56. ПРИЗНАКИ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ФОРМЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ (ПК-6)

- 1) перенесённая пневмония в анамнезе
- 2) обострения не связаны с сезонностью
- 3) эффективность элиминации аллергена
- 4) одышка вне приступа

#### 57. ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ (ПК-6)

- 1) дневные и ночные симптомы реже 1 раза в неделю
- 2) ОФВ<sub>1</sub> ниже 60% от должного
- 3) ежедневное использование  $\beta_2$ -адреномиметиков короткого действия
- 4) вариабельность ПСВ или ОФВ<sub>1</sub> менее 30%

#### 58. ОСЛОЖНЕНИЕМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-6)

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

#### 59. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ (ПК-6)

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

#### 60. ОСНОВНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ОБРАТИМОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ПРИ ПРОБЕ С ИНГАЛЯЦИОННЫМИ БРОНХОДИЛАТАТОРАМИ ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-6)

- 1) увеличение индекса Тиффно
- 2) уменьшение индекса Тиффно
- 3) уменьшение ОФВ<sub>1</sub> более, чем на 15%
- 4) увеличение ОФВ<sub>1</sub> более, чем на 15%

#### 61. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЕ ИЗМЕНЕНИЕ В КЛИНИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ФОРМЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ (ПК-6)

- 1) повышение СОЭ
- 2) лимфоцитоз
- 3) базофилия
- 4) эозинофилия

#### 62. К ИНГАЛЯЦИОННЫМ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМ ОТНОСЯТСЯ (ПК-10)

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

63. ОСНОВНЫМИ ЦЕЛЯМИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ ЯВЛЯЮТСЯ (ПК-8, ПК10)

- 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 лёгких, 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

64. ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-8)

- 1) интоксикационный синдром
- 2) любое обострение хронического обструктивного бронхита
- 3) тяжёлый обструктивный синдром, не купируемый бронходилататорами, частые обострения ХОБЛ
- 4) формирование лёгочной гипертензии

65. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДИАГНОСТИКИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ СЧИТАЕТСЯ (ПК-6)

- 1) рентгенография желудка с барием
- 2) клиническая картина заболевания
- 3) КТ органов брюшной полости
- 4) ЭГДС

66. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ (ПК-6)

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

67. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ПРИЧИНА ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА (ПК-6)

- 1) дуоденально-гастральный рефлюкс
- 2) *Helicobacter pylori*
- 3) наличие антител к клеткам слизистой оболочки желудка
- 4) нарушение диеты

68. ПРЕПАРАТ, КОТОРЫЙ ВХОДИТ В ТРЁХКОМПОНЕНТНУЮ СХЕМУ ЭРАДИКАЦИИ *H. PYLORI*, ЭТО (ПК-8, ПК10)

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

69. КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА СЧИТАЕТСЯ (ПК-6)

- 1) симптом Хвостека и Труссо
- 2) симптом Мейо-Робсона

- 3) симптом Пастернацкого
- 4) симптом Георгиевского-Мюсси

70. ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧЕНИЕ (ПК-8, ПК10)

- 1) антибиотиков
- 2) антиагрегантов
- 3)  $\beta$ -адреноблокаторов
- 4) гиполипидемических препаратов

71. ОСНОВНОЙ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЙ СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА (ПК-6)

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

72. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ВНУТРИСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ СЧИТАЕТСЯ (ПК-6)

- 1) «опоясывающая» боль в верхней части живота
- 2) снижение массы тела
- 3) неоформленный стул
- 4) гипергликемия

73. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ВНЕШЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ СЧИТАЕТСЯ (ПК-6)

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

74. ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ВНЕШЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ (ПК-8, ПК10)

- 1) инсулина
- 2) октреотида
- 3) ингибиторов ферментов
- 4) ферментов

75. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДИАГНОСТИКИ АКТИВНОСТИ И СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА СЧИТАЕТСЯ (ПК-6)

- 1) морфологическое исследование биоптата печени
- 2) определение уровня трансаминаз крови
- 3) сцинтиграфия печени
- 4) УЗИ печени и селезёнки

76. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ СЧИТАЕТСЯ (ПК-6)

- 1) выявление биохимических маркеров цитолиза

- 2) выявление гипергаммаглобулинемии в крови
- 3) выявление тканевых и сывороточных маркеров вирусов
- 4) выявление биохимических маркеров холестаза

77. ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В В СТАДИИ ИНТЕГРАЦИИ ВИРУСА ПРОВОДИТСЯ (ПК-8, ПК10)

- 1)  $\alpha$ -интерферон+преднизолон
- 2)  $\alpha$ -интерферон+ламивудин
- 3)  $\alpha$ -интерферон+циклофосфамид
- 4) ламивудин+адеметионин

78. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДИАГНОСТИКИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ СЧИТАЕТСЯ (ПК-6)

- 1) УЗИ органов брюшной полости
- 2) КТ органов брюшной полости
- 3) сцинтиграфия печени
- 4) биопсия печени

79. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ОТНОСИТСЯ (ПК-6)

- 1) кровотечение из расширенных вен пищевода
- 2) артериальная гипертензия
- 3) хроническая болезнь почек
- 4) дискинезия желчного пузыря

80. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА ЯВЛЯЮТСЯ (ПК-6)

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

81. ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПО CHILD-PUGH ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ (ПК-6)

- 1) холестерин, щелочная фосфатаза,  $\gamma$ -глутарилтранспептидаза
- 2) общий билирубин, альбумин, протромбиновое время
- 3) печёночные трансаминазы, фибриноген, прямой билирубин
- 4)  $\gamma$ -глобулины,  $\alpha$ -фетопроtein, щелочная фосфатаза

82. К ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПАМ БОРЬБЫ С ОТЁЧНО-АСЦИТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПРИ ЦИРРОЗАХ ПЕЧЕНИ ОТНОСЯТСЯ (ПК-8, ПК10)

- 1) незамедлительное проведение лапароцентеза
- 2) назначение максимальных доз диуретиков и проведение форсированного диуреза
- 3) ограничение потребление жидкости и соли, назначение диуретиков под контролем диуреза, введение альбумина
- 4) переливание плазмы крови, проведение форсированного диуреза, ограничение потребления жидкости

83. ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРИ ЦИРРОЗАХ ПЕЧЕНИ СЧИТАЕТСЯ (ПК-8)

- 1) болезнь Вильсона-Коновалова
- 2) гемохроматоз
- 3) цирроз печени вирусного генеза в стадии репликации вируса
- 4) выраженные иммунные проявления цирроза

84. ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЮТСЯ (ПК-6)

- 1) протеинурия более 3,5 г/сутки, гипергаммаглобулинемия, гипер- $\alpha$ 2-глобулинемия
- 2) гипергаммаглобулинемия, гипер- $\alpha$ 2-глобулинемия
- 3) протеинурия более 3,5 г/сутки, гипоальбуминемия
- 4) протеинурия более 3,5 г/сутки, гипоальбуминемия, гиперхолестеринемия

85. ДЛЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-6)

- 1) протеинурия более 3,5 г/сутки
- 2) кислая реакция мочи
- 3) моча цвета мясных помоев, увеличение плотности мочи
- 4) увеличение лимфоцитов в моче

86. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ СОСТАВЛЯЕТ (ПК-8, ПК10)

- 1) несколько недель
- 2) 2 – 3 месяца
- 3) 6 месяцев
- 4) от 6 месяцев до 2-х лет

87. МИКРОАЛЬБУМИНУРИЯ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ УРОВНЕ ЭКСКРЕЦИИ АЛЬБУМИНОВ С МОЧОЙ (ПК-6)

- 1) <30 мг/сутки
- 2) 30 – 100 мг/сутки
- 3) 100 – 300 мг/сутки
- 4) 30 – 300 мг/сутки

88. СНИЖЕНИЕ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ (ПК-6)

- 1) проба по Нечипоренко
- 2) проба Зимницкого
- 3) проба Реберга-Тареева
- 4) проба Аддиса-Каковского

89. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ (ПК-8, ПК10)

- 1) преднизолон, циклофосфан, нифедипин, азатиоприн
- 2) преднизолон, циклофосфан, нифедипин, пенициллин
- 3) преднизолон, циклофосфан, гепарин, пенициллин
- 4) преднизолон, циклофосфан, гепарин, курантил

90. С НЕФРОПРОТЕКТИВНОЙ ЦЕЛЬЮ РАЦИОНАЛЬНО НАЗНАЧЕНИЕ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ (ПК-8, ПК10)

- 1) дигидропиридиновых короткого действия (нифедипин)
- 2) дигидропиридиновых длительного действия (амлодипин)



- 3) недигидропиридиновых (верапамил, дилтиазем)
- 4) дигидропиридиновые 3-го поколения (лерканидипина)

91. ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ВЫЯВЛЯЮТСЯ (ПК-6)

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

92. НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫМ ТЕСТОМ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОДЕРЖАНИЯ ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ СЧИТАЕТСЯ (ПК-6)

- 1) расчёт цветового показателя
- 2) определение количества эритроцитов
- 3) определение уровня гемоглобина
- 4) определение уровня ферритина

93. ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ПРОВОДИТСЯ С СОБЛЮДЕНИЕМ СЛЕДУЮЩЕГО ПРАВИЛА (ПК-8, ПК10)

- 1) обязательное использование препаратов с достаточным количеством трёхвалентного железа
- 2) одномоментное назначение препаратов железа и витаминов В
- 3) парентеральное назначение препаратов железа при алиментарном генезе анемии
- 4) проведение насыщающего курса продолжительностью не менее 1-1,5 месяцев

94. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА СЧИТАЮТСЯ (ПК-8)

- 1) соблюдения пациентом вегетарианства
- 2) эрадикация *H. pylori*
- 3) резекция тощей кишки
- 4) желание пациента

95. ХАРАКТЕРНЫЙ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА (ПК-8)

- 1) тени Боткина-Гумпрехта
- 2) пятна Лукина-Либмана
- 3) кристаллы Шарко-Лейдена
- 4) признак Соколова-Лайона

96. ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОГО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО МИЕЛОЛЕЙКОЗА (ПК-6)

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

97. ПОКАЗАНИЕМ К НАЧАЛУ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЛИМФОЛЕЙКОЗЕ СЧИТАЕТСЯ ПЕРЕХОД ЗАБОЛЕВАНИЯ НА СТАДИЮ В ИЛИ В НАСТУПЛЕНИЕ ЛЮБОГО ИЗ СЛЕДУЮЩИХ СОБЫТИЙ (ОК-4, ПК-8)

- 1) анемия
- 2) Т-клеточный вариант хронического лимфолейкоза
- 3) появление теней Боткина-Гумпрехта

- 4) симптомы поражения лимфатических узлов, кожи или других тканей

**98. ПОКАЗАНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЛИМФОЛЕЙКОЗЕ (ПК-8)**

- 1) аутоиммунная гемолитическая анемия
- 2) апластическая анемия
- 3) лимфоцитоз  $100 \times 10^9/\text{л}$
- 4) химиотерапия хлорамбуцилом (лейкераном)

**99. ПОКАЗАНИЯ К ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЛИМФОЛЕЙКОЗЕ (ОК-4, ПК-8)**

- 1) волосатоклеточный лейкоз
- 2) выраженное увеличение селезёнки
- 3) гепатомегалия
- 4) хороший эффект цитостатической терапии

**100. СПЛЕНЭКТОМИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЛИМФОЛЕЙКОЗЕ ПОКАЗАНА (ОК-4, ПК-8)**

- 1) если спленомегалия поддаётся влиянию лучевой и цитостатической терапии
- 2) если спленомегалия создаёт выраженный абдоминальный дискомфорт
- 3) при апластической анемии и тромбоцитопении
- 4) при подготовке к трансплантации костного мозга

**Раздел «Хирургия»**

Выберите один правильный ответ.

**1. У БЕДРЕННОЙ ГРЫЖИ ГРЫЖЕВЫМИ ВОРОТАМИ ЯВЛЯЮТСЯ (ПК-5):**

- 1) медиальная паховая ямка;
- 2) латеральная паховая ямка;
- 3) треугольник ПТИ;
- 4) сосудистая лакуна, медиальнее бедренной вены;
- 5) мышечная лакуна, латеральнее бедренных сосудов.

**2. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-8)**

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

**3. К ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРАМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ ОБРАЗОВАНИЮ ГРЫЖ НЕ ОТНОСИТСЯ (ПК-5)**

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

**4. РИХТЕРОВСКОЕ УЩЕМЛЕНИЕ - ЭТО (ПК-6)**

- 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.

5. У ПРЯМОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ ГРЫЖЕВЫМИ ВОРОТАМИ ЯВЛЯЮТСЯ (ПК-5)

- 1) медиальная паховая ямка;
- 2) латеральная паховая ямка;
- 3) бедренное кольцо;
- 4) треугольник ПТИ;
- 5) Спигелева линия.

6. СТЕНКОЙ ПАХОВОГО КАНАЛА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-5)

- 1) паховая связка;
- 2) нижний край внутренней косой и поперечной мышц;
- 3) поперечная фасция;
- 4) париетальная брюшина;
- 5) апоневроз наружной косой мышцы живота.

7. ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКОЙ ПАХОВОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-5)

- 1) апоневроз наружной косой мышцы живота;
- 2) нижний край внутренней косой и поперечной мышц;
- 3) паховая связка;
- 4) поперечная фасция;
- 5) семенной канатик.

8. ДЛЯ ПРЯМОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ ХАРАКТЕРНА СЛАБОСТЬ (ПК-5)

- 1) верхней стенки;
- 2) нижней стенки;
- 3) передней стенки;
- 4) задней стенки;
- 5) всех стенок.

9. ПРИ БЕДРЕННОЙ ГРЫЖЕ ПЛАСТИКУ ПРОВОДЯТ ПО (ПК-8)

- 1) Сапежко;
- 2) Кукуджанову;
- 3) Бассини;
- 4) Постемпски;
- 5) Грекову.

10. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ГРЫЖ НЕ ОТНОСЯТ (ПК-6)

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

11. ХОД ОПЕРАЦИИ ПРИ УЩЕМЛЕННОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕ ОТ ПЛАНОВОГО ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ ОТЛИЧАЕТСЯ (ПК-8)

- 1) пластика грыжевых ворот не проводится;
- 2) вначале рассекается ущемляющее кольцо, затем вскрывается грыжевой мешок;

- 3) вначале вскрывается грыжевой мешок, затем рассекается ущемляющее кольцо;
- 4) вмешательство совершенно одинаково;
- 5) грыжевой мешок не перевязывается.

**12. ПРИЗНАКОМ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ КИШКИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-6)**

- 1) пульсация сосудов брыжейки;
- 2) перистальтика кишечника;
- 3) блеск серозы;
- 4) цвет серозной оболочки;
- 5) наличие грыжевой воды.

**13. ПРИ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ГРЫЖЕ В СОСТАВ ГРЫЖЕВОГО МЕШКА МОЖЕТ ВХОДИТЬ (ПК-5)**

- 1) мочевого пузыря;
- 2) подвздошная кишка;
- 3) желудок;
- 4) прямая кишка;
- 5) матка.

**14. ПРИ УЩЕМЛЕНИИ ГРЫЖИ ПОКАЗАНА ЭКСТРЕННАЯ ОПЕРАЦИЯ (ПК-8)**

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

**15. ВАШИ ДЕЙСТВИЯ, ЕСЛИ УЩЕМЛЕННАЯ ПАХОВАЯ ГРЫЖА В ПРИЕМНОМ ОТДЕЛЕНИИ ВПРАВИЛАСЬ, БОЛЕЙ НЕТ, ПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ СИМПТОМАТИКИ СО СТОРОНЫ ЖИВОТА НЕТ (ПК-8)**

- 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.

**16. В ХОДЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ ПО ВСКРЫТИИ ГРЫЖЕВОГО МЕШКА ОБНАРУЖЕНЫ 2 ПЕТЛИ ТОНКОЙ КИШКИ. РЕЧЬ ИДЕТ О ВИДЕ УЩЕМЛЕНИЯ (ПК-8)**

- 1) узлообразовании в грыжевом мешке;
- 2) пристеночном;
- 3) ретроградном;
- 4) ущемлении скользящей грыжи;
- 5) каловом.

**17. У БОЛЬНОГО ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ УЩЕМЛЕННОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ В ГРЫЖЕВОМ МЕШКЕ ОКАЗАЛАСЬ НЕКРОТИЗИРОВАННАЯ ПЕТЛЯ ТОНКОЙ КИШКИ (10 СМ). ВАШИ ДЕЙСТВИЯ? (ПК-8)**

- a) резецировать только некротизированную часть кишки из пахового доступа, наложить анастомоз;

- 2) перейти на лапаротомию, резецировать только некротизированную часть кишки, наложить анастомоз;
- 3) перейти на лапаротомию, резецировать не только некротизированную часть кишки (10 см), но и еще 45-60 см кишки, наложить анастомоз;
- 4) перейти на лапаротомию, резецировать не только некротизированную часть кишки (10 см), но и еще 15-20 см кишки, наложить анастомоз;
- 5) перейти на лапаротомию, резецировать не только некротизированную часть кишки (10 см), но и еще по 5 см кишки с каждой стороны и наложить анастомоз.

**18. ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ПУПОЧНОЙ ГРЫЖЕ ПЛАСТИКУ ГРЫЖЕВЫХ ВОРОТ ПРОВОДЯТ ПО СПОСОБУ (ПК-8)**

- 1) Бассини;
- 2) Жирара-Спасокукотского;
- 3) Сапежко;
- 4) Постемпски;
- 5) Кимбаровскому.

**19. ПРИ КОСЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ НУЖНО УКРЕПЛЯТЬ (ПК-8)**

- 1) верхнюю;
- 2) нижнюю;
- 3) боковую;
- 4) переднюю;
- 5) заднюю.

**20. МЕТОДЫ ПЛАСТИКИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ УКРЕПЛЕНИЯ ЗАДНЕЙ СТЕНКИ ПАХОВОГО КАНАЛА (ПК-8)**

- 1) Бассини, Кукуджанова;
- 2) Жирара- Спасокукотского;
- 3) Кимбаровского;
- 4) Мейо, Сапежко;
- 5) Руджи - Парлавеччо.

**21. МЕТОД ПЛАСТИКИ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ, ПРЕДУСМАТРИВАЮЩИЙ ЛИКВИДАЦИЮ ПАХОВОГО КАНАЛА (ПК-8)**

- 1) Бассини, Кукуджанова;
- 2) Жирара- Спасокукотского, Кимбаровского;
- 3) Лихтенштейна;
- 4) Мейо, Сапежко;
- 5) Постемпски.

**22. ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ - ЭТО (ПК-6)**

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

**23. ЖАЛОБЫ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫЕ БОЛЬНЫМИ С ОСТРЫМ ВОСПАЛЕНИЕМ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ (ПК-5)**

- 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.

**24. ДИВЕРТИКУЛЫ ТОНКОЙ КИШКИ МОГУТ ДАТЬ ПЕРВИЧНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ (ПК-6)**

- 1) мезоаденит;
- 2) энтерит;
- 3) кровотечение в просвет кишки;
- 4) мезентереотромбоз;
- 5) инвагинацию.

**25. ДИВЕРТИКУЛЫ ТОНКОЙ КИШКИ МОГУТ ДАТЬ ПЕРВИЧНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ (ПК-6)**

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

**26. ДИВЕРТИКУЛИТ – ЭТО (ПК-6)**

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

**27. ФЛЕГМОНА КИШКИ НАЧИНАЕТ РАЗВИТИЕ (ПК-8)**

- 1) со слизистой оболочки;
- 2) с подслизистого слоя;
- 3) с мышечного слоя;
- 4) с серозной оболочки;
- 5) с брыжейки кишки.

**28. ПРИ ФЛЕГМОНЕ ТОНКОЙ КИШКИ, МЕСТНОМ ПЕРИТОНИТЕ ПРОИЗВОДИТСЯ (ПК-8)**

- 1) резекция кишки + выведение двух илеостом;
- 2) наложение илеостомы выше участка поражения;
- 3) наложение обходного анастомоза, санация и дренирование брюшной полости;
- 4) наложение илеостомы ниже участка поражения;
- 5) резекция кишки с анастомозом, санация и дренирование брюшной полости.

**29. МЕТОД ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ КРОНА ПРИ ПОРАЖЕНИИ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА (ПК-5)**

- 1) ирригография;
- 2) лапароскопия;
- 3) колоноскопия;
- 4) обзорная рентгеноскопия брюшной полости;
- 5) пероральная рентгенография кишечника.

30. ОПУХОЛИ ТОНКОЙ КИШКИ МОГУТ ОСЛОЖНИТЬСЯ (ПК-6)

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

31. ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ПОЛИПА ТОНКОЙ КИШКИ ПРОВОДИТСЯ (ПК-8)

- 1) резекция кишки с опухолью и наложение анастомоза;
- 2) наложение обходного анастомоза;
- 3) резекция кишки с выведением двух илеостом;
- 4) интестинотомия, гемостаз;
- 5) резекция кишки с выведением приводящей кишки в виде илеостомы и глухое закрытие отводящей кишки.

32. ПОКРЫТА ПОЛНОСТЬЮ БРЮШИНОЙ (ПК-5)

- 1) слепая кишка;
- 2) восходящая кишка;
- 3) нисходящая кишка;
- 4) сигмовидная кишка;
- 5) прямая.

33. ОДНОЙ ИЗ ФУНКЦИЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-5)

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

34. ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-5)

- 1) Гипоганглиоз Аурбаховского и Мейснеровского сплетения;
- 2) атрезия прямой кишки;
- 3) мезентрреотромбоз;
- 4) долихосигма;
- 5) заворот сигмовидной кишки.

35. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ХАРАКТЕРНО (ПК-5)

- 1) хронические поносы;
- 2) ожирение;
- 3) отсутствие аппетита;
- 4) хронические запоры;
- 5) кахексия.

36. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В (ПК-8)

- 1) только консервативное;
- 2) наложение илеостомы;
- 3) резекция только расширенного отдела кишечника с последующим анастомозом;
- 4) резекция суженного и частично расширенного отделов кишечника с последующим анастомозом;

5) колэктомия.

37. ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ПОРАЖАЕТСЯ ЧАЩЕ **(ПК-5)**

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

38. НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ МОЖЕТ ДАТЬ ОСЛОЖНЕНИЕ **(ПК-6)**

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

39. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ХАРАКТЕРНО **(ПК-5)**

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

40. ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ **(ПК-8)**

- 1) период ремиссии;
- 2) хроническая рецидивирующая форма неспецифического язвенного колита;
- 3) не эффективность консервативного лечения в течение суток;
- 4) токсическая дилатация кишки;
- 5) впервые выявленный неспецифический язвенный колит.

41. КАКОЙ ИЗ ПРЕДЛОЖЕННЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ **(ПК-5)**

- 1) пассаж бария по кишечнику;
- 2) обзорная рентгенография брюшной полости;
- 3) ирригография;
- 4) аноскопия;
- 5) пальцевое исследование.

42. ЛЕЧЕНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ДОЛЖНО ВКЛЮЧАТЬ **(ПК-8)**

- 1) кортикостероиды + антибактериальную, инфузионную, гемостатическую терапию;
- 2) зондовое питание, десенсибилизирующую и гемостатическую терапию;
- 3) сифонные клизмы, кортикостероиды + антибактериальную, инфузионную терапию;
- 4) холод, голод, спазмолитики, гемотрансфузия;
- 5) антибактериальную, инфузионную, гемостатическую терапию.

43. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛЕЗА ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА **(ПК-5)**



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

44. ОСЛОЖНЕНИЕМ ДИВЕРТИКУЛОВ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ **(ПК-6)**

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

45. СО СТОРОНЫ ЖИВОТА ДИВЕРТИКУЛИТ МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ КЛИНИКОЙ **(ПК-5)**

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

46. ПОКАЗАНИЕМ К СРОЧНОМУ ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ НАЛИЧИИ ДИВЕРТИКУЛОВ В ТОЛСТОЙ КИШКЕ ЯВЛЯЕТСЯ **(ПК-8)**

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

47. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ **(ПК-5)**

- 1) пассаж бария по кишечнику;
- 2) обзорная рентгенография брюшной полости;
- 3) ирригография;
- 4) УЗИ;
- 5) компьютерная томография.

48. ПОЛИПЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ МОГУТ ДАТЬ КЛИНИКУ **(ПК-5)**

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

49. ПЕРВИЧНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОЛИПОВ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ МОЖЕТ БЫТЬ **(ПК-6)**

- 1) внутрибрюшное кровотечение;
- 2) перфорация кишки;
- 3) малигнизация;
- 4) перитонит;

5) странгуляционная непроходимость кишечника.

50. ПРИ ОПУХОЛЯХ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ПОПЕРЕЧНО-ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ **(ПК-5)**

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

51. ПЕРВИЧНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ, КОТОРОЕ МОГУТ ДАТЬ ОПУХОЛИ ПОПЕРЕЧНО-ОБОДОЧНОЙ КИШКИ **(ПК-6)**

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

52. ПЕРВИЧНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ, КОТОРОЕ МОГУТ ДАТЬ ОПУХОЛИ ПОПЕРЕЧНО-ОБОДОЧНОЙ КИШКИ **(ПК-6)**

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

53. МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ПОПЕРЕЧНО-ОБОДОЧНОЙ КИШКИ **(ПК-5)**

- 1) ирригография;
- 2) ФГС;
- 3) УЗИ;
- 4) ректальное исследование;
- 5) аноскопия.

54. ОСНОВНЫЕ ЖАЛОБЫ БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗИРУЮЩЕЙ ОПУХОЛЬЮ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ НА **(ПК-5)**

- 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.

55. СИМПТОМ, ВЫЯВЛЯЕМЫЙ ПРИ ОСМОТРЕ ЖИВОТА У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗИРУЮЩЕЙ ОПУХОЛЬЮ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ **(ПК-5)**

- 1) симптом Кивуля;
- 2) симптом Кулена;
- 3) симптом Керте;
- 4) симптом Тевенера;

5) симптом Грей-Тернера.

**56. СИМПТОМЫ, ВЫЯВЛЯЕМЫЕ ПРИ ОСМОТРЕ БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗИРУЮЩЕЙ ОПУХОЛЬЮ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ (ПК-5)**

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

**57. БОЛЬНОМУ С УДАЛИМОЙ ОПУХОЛЬЮ ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ БЕЗ ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ ПОКАЗАНА (ПК-8)**

- 1) левосторонняя гемиколэктомия;
- 2) обходной анастомоз;
- 3) диагностическая лапаротомия;
- 4) правосторонняя гемиколэктомия;
- 5) резекция кишки с опухолью.

**58. БОЛЬНОМУ С УДАЛИМОЙ ОПУХОЛЬЮ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ БЕЗ ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ ПОКАЗАНА (ПК-8)**

- 1) левосторонняя гемиколэктомия;
- 2) обходной анастомоз;
- 3) резекция кишки с опухолью;
- 4) правосторонняя гемиколэктомия;
- 5) диагностическая лапаротомия.

**59. БОЛЬНОМУ С ОПУХОЛЬЮ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ, ПРОРАСТАЮЩЕЙ ПОДВЗДОШНЫЕ СОСУДЫ И ВЫЗЫВАЮЩЕЙ КЛИНИКУ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, БЕЗ ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ ПОКАЗАНА (ПК-8)**

- 1) левосторонняя гемиколэктомия;
- 2) выведение кишечной стомы ниже опухоли;
- 3) резекция кишки с опухолью;
- 4) выведение кишечной стомы выше опухоли;
- 5) диагностическая лапаротомия.

**60. ПЕРВОСТЕПЕННЫЙ МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРЯМОЙ КИШКИ (ПК-5)**

- 1) пальцевое исследование;
- 2) ирригоскопия;
- 3) компьютерная томография;
- 4) пассаж бария по кишечнику;
- 5) обзорная рентгенография брюшной полости.

**61. СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ГЕМОРРОЯ (ПК-5)**

- 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.

62. СПОСОБСТВУЕТ ПОЯВЛЕНИЮ ГЕМОРРОЯ (ПК-5)

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

63. ОСЛОЖНЕНИЕМ ГЕМОРРОЯ ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-6)

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

64. МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ, ПРОВОДИМЫЕ ПРИ ТРОМБОФЛЕБИТЕ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ (ПК-8)

- 1) геморроидэктомия;
- 2) антикоагулянты, повязки с мазью Вишневского; свечи со спазмолитиками и антисептиками;
- 3) гемостатики, очистительные клизмы, анальгетики;
- 4) вскрытие геморроидального узла;
- 5) строгий постельный режим, возвышенное положение нижних конечностей, холод.

65. ЖАЛОБА, ХАРАКТЕРНАЯ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ТРЕЩИНОЙ АНУСА (ПК-5)

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

66. ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРЕЩИНОЙ АНУСА (ПК-5)

- 1) компьютерная томография;
- 2) манометрия;
- 3) фистулография;
- 4) ирригоскопия;
- 5) пальцевое исследование.

67. СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ АМПУЛЯРНОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ (ПК-5)

- 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.

68. КЛИНИКА, ХАРАКТЕРНАЯ ДЛЯ АНАЛЬНОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ (ПК-5)

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

5) кишечная непроходимость.

**69. МЕТОД ДИАГНОСТИКИ, НЕОБХОДИМЫЙ И ДОСТАТОЧНЫЙ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ (ПК-5)**

- 1) ирригография;
- 2) пальцевое исследование;
- 3) компьютерная томография;
- 4) ректороманоскопия с биопсией;
- 5) колоноскопия.

**70. РЕЗЕКЦИЮ ПРЯМОЙ КИШКИ МОЖНО ВЫПОЛНИТЬ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ (ПК-8)**

- 1) ректосигмоидный отдел;
- 2) верхнеампулярный отдел;
- 3) нижнеампулярный отдел;
- 4) анальный канал;
- 5) среднеампулярный отдел.

**71. ОПЕРАЦИИ, ПРОИЗВОДИМАЯ ПРИ ВЕРХНЕЕ-АМПУЛЯРНОМ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ (ПК-8)**

- 1) резекция прямой кишки;
- 2) брюшно-анальная ампутация с низведением кишки;
- 3) брюшно-промежностная экстирпация;
- 4) эндоскопическая коагуляция опухоли;
- 5) только лучевая терапия.

**72. ПАРАПРОКТИТА КАКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ НЕТ В КЛАССИФИКАЦИИ (ПК-6)**

- 1) пельвио-ректальный;
- 2) тазовый;
- 3) ишио-ректальный;
- 4) подкожный;
- 5) подслизистый.

**73. СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ПОДКОЖНО-ПОДСЛИЗИСТОГО ПАРАПРОКТИТА (ПК-5)**

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

**74. МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ ОДНОСТОРОННЕМ ПЕЛЬВИОРЕКТАЛЬНОМ ПАРАПРОКТИТЕ (ПК-8)**

- 1) подковообразный разрез промежности;
- 2) дугообразный разрез промежности;
- 3) вскрытие гнойника через брюшную полость;
- 4) вскрытие гнойника через прямую кишку;
- 5) вскрытие гнойника через задний свод влагалища.

75. МЕТОД, НЕ ОТНОСЯЩИЙСЯ К СПЕЦИАЛЬНЫМ МЕТОДАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ПК-5)

- 1) маммография;
- 2) контрастная маммография;
- 3) мезентереография;
- 4) термография;
- 5) цитологическое исследование пунктата.

76. ЗАБОЛЕВАНИЕ, НЕ ОТНОСЯЩЕЕСЯ К ПОРОКАМ РАЗВИТИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ПК-6)

- 1) мастит;
- 2) амастия;
- 3) гипомастия;
- 4) добавочные соски;
- 5) мономастия.

77. МАСТИТ - ЭТО (ПК-6)

- 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.

78. В РАЗВИТИИ МАСТИТА НЕТ ФАЗЫ (ПК-6)

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

79. ЛЕЧЕНИЕ, НЕОБХОДИМОЕ ПРИ АБСЦЕДИРУЮЩЕМ ГНОЙНОМ МАСТИТЕ (ПК-8)

- 1) сцеживание, антибиотики;
- 2) антибиотики, возвышенное положение железы;
- 3) УВЧ, подавление лактации;
- 4) пункционное лечение мастита;
- 5) вскрытие мастита.

80. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ МЕСТА МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ  
1) КОСТИ; 2) ПЕЧЕНЬ; 3) ЛЕГКИЕ; 4) СРЕДОСТЕНИЕ; 5) ПЛЕВРА. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ СОЧЕТАНИЕ ОТВЕТОВ (ПК-5)

- 1) 1,3,5;
- 2) 2,4;
- 3) 1,2;
- 4) 1,3;
- 5) все верно.

81. У БОЛЬНОЙ 45 ЛЕТ ВЫ ЗАПОДОЗРИЛИ ДВУХСТОРОННЮЮ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНУЮ ДИФFUЗНУЮ МАСТОПАТИЮ. ВЫДЕЛЕНИЙ ИЗ СОСКОВ НЕТ. НЕ ПРИМЕНИМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ (ПК-5)

- 1) безконтрастная маммография;
- 2) ультразвуковая эхография;

- 3) контрастная маммография;
- 4) пункция с цитологическим исследованием;
- 5) расширенная мастэктомия с последующим гистологическим исследованием.

**82. МАММОГРАФИЯ НЕ ПОКАЗАНА (ПК-5)**

- 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.

**83. К ДИФFUЗНЫМ ФОРМАМ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕ ОТНОСИТСЯ ФОРМА (ПК-6)**

- 1) отечно-инфильтративную форму;
- 2) маститоподобную форму;
- 3) рожеподобную форму;
- 4) дерматитоподобную форму;
- 5) панцирный рак.

**84. В ЭТИОЛОГИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ (ПК-5)**

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

**85. В КЛАССИФИКАЦИИ АБСЦЕССА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТСУТСТВУЕТ ВИД (ПК-6)**

- 1) подкожные;
- 2) субареолярные;
- 3) интрамаммарные;
- 4) внемаммарные;
- 5) ретромаммарные.

**Вариант № 2**

**1. МЕСТО ВЫХОДА БЕДРЕННЫХ ГРЫЖ (ПК-5)**

- 1) выше паховой связки;
- 2) между ножками апоневроза косой мышцы живота;
- 3) ниже паховой связки;
- 4) треугольник ПТИ;
- 5) паховый треугольник.

**2. РАННИМИ ПРИЗНАКАМИ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-5)**

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

**3. НЕ ОТНОСИТСЯ К ПРОИЗВОДЯЩИМ ФАКТОРАМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ ОБРАЗОВАНИЮ ГРЫЖ (ПК-5)**

- 1) роды;
- 2) тяжелая физическая работа;
- 3) травмы брюшной стенке, послеоперационные рубцы;
- 4) бронхиальная астма;
- 5) хронические запоры.

**4. РЕТРОГРАДНОЕ УЩЕМЛЕНИЕ ЭТО (ПК-6)**

- 1) когда в грыжевом мешке при ущемлении находятся 2 и более петель кишечника;
- 2) ущемление кишечника в области дуодено-еюнального перехода;
- 3) пристеночное ущемление кишки;
- 4) ущемление желудка в грыже пищеводного отверстия диафрагмы;
- 5) эластическое ущемление в грыжевом мешке.

**5. У КОСОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ ГРЫЖЕВЫМИ ВОРОТАМИ ЯВЛЯЮТСЯ (ПК-5)**

- 1) медиальная паховая ямка;
- 2) латеральная паховая ямка;
- 3) надпузырная ямка;
- 4) треугольник ПТИ;
- 5) Спигелева линия.

**6. СТЕНКОЙ ПАХОВОГО КАНАЛА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-5)**

- 1) апоневроз наружной косой мышцы живота;
- 2) нижний край внутренней косой и поперечной мышц;
- 3) паховая связка;
- 4) поперечная фасция;
- 5) семенной канатик.

**7. ЗАДНЕЙ СТЕНКОЙ ПАХОВОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-5)**

- 1) апоневроз наружной косой мышцы живота;
- 2) семенной канатик;
- 3) поперечная фасция;
- 4) нижний край внутренней косой и поперечной мышц;
- 5) паховая связка.

**8. ДЛЯ КОСОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ ХАРАКТЕРНА СЛАБОСТЬ СТЕНКИ ПАХОВОГО КАНАЛА (ПК-5)**

- 1) передней;
- 2) задней;
- 3) верхней;
- 4) нижней;
- 5) всех стенок.

**9. ПРИ БЕДРЕННОЙ ГРЫЖЕ ПЛАСТИКУ ПРОВОДЯТ ПО (ПК-8)**

- 1) Мейо;
- 2) Кимбаровскому;
- 3) Мартынову;



- 4) Руджи-Парлаветчио;
- 5) Жирара-Спасокукотского.

**10. КРИТЕРИЕМ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ГРЫЖИ ЯВЛЯЕТСЯ УЧАСТИЕ В ОБРАЗОВАНИИ ГРЫЖЕВОГО МЕШКА (ПК-5)**

- 1) экстраперитонеально расположенного органа;
- 2) участие в грыжевом мешке мезоперитонеально расположенного органа;
- 3) участие в грыжевом мешке интраперитонеально расположенного органа;
- 4) наличие вправимого грыжевого содержимого;
- 5) наличие не вправляемого грыжевого содержимого.

**11. ОПЕРАЦИЯ ПРИ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖЕ ОТ ПЛАНОВОГО ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ ОТЛИЧАЕТСЯ (ПК-8)**

- 1) вмешательство совершенно одинаково;
- 2) этап грыжесечения одинаков, отличается пластика;
- 3) пластика грыжевых ворот вообще не проводится;
- 4) необходимо оценивать жизнеспособность ущемленного органа;
- 5) вмешательство не зависит от жизнеспособности ущемленного органа.

**12. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ ВИДОВ УЩЕМЛЕНИЯ (ПК-6)**

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

**13. ПРИ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ГРЫЖЕ В СОСТАВ ГРЫЖЕВОГО МЕШКА МОЖЕТ ВХОДИТЬ (ПК-5)**

- 1) тонкая кишка;
- 2) поперечно-ободочная кишка;
- 3) слепая кишка;
- 4) семенной канатик;
- 5) матка.

**14. ПОКАЗАНИЕМ К ЭКСТРЕННОМУ ОПЕРАТИВНОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ ПРИ САМОПРОИЗВОЛЬНОМ ВПРАВЛЕНИИ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ СЛУЖИТ (ПК-8)**

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

**15. ПРИ УЩЕМЛЕНИИ ГРЫЖИ ПОКАЗАНА ЭКСТРЕННАЯ ОПЕРАЦИЯ (ПК-8)**

- 1) из-за возникновения острой кишечной непроходимости;
- 2) из-за возникновения болевого шока;
- 3) из-за возможных рецидивов ущемления;
- 4) из-за возникновения заворота кишки;
- 5) из-за возможного развития первичного перитонита.

16. ВАШИ ДЕЙСТВИЯ, ЕСЛИ УЩЕМЛЕННАЯ ПАХОВАЯ ГРЫЖА В ПРИЕМНОМ ОТДЕЛЕНИИ ВПРАВИЛАСЬ, НО СО СТОРОНЫ ЖИВОТА ПОЯВИЛАСЬ ПЕРИТОНЕАЛЬНАЯ СИМПТОМАТИКА (ПК-8)

- 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.

17. КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-5)

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

18. У БОЛЬНОГО ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ УЩЕМЛЕННОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ В ГРЫЖЕВОМ МЕШКЕ ОКАЗАЛАСЬ НЕКРОТИЗИРОВАННАЯ ПЕТЛЯ ТОНКОЙ КИШКИ (10 СМ). КАКОЙ ОТРЕЗОК КИШКИ ВЫ ДОЛЖНЫ РЕЗЕЦИРОВАТЬ (ПК-8)

- 1) только некротизированную часть кишки -10 см;
- 2) некротизированную + по 5 см приводящей и отводящей;
- 3) некротизированную + 5 см приводящей кишки + 10 см отводящей кишки;
- 4) некротизированную + 30-40 см приводящей кишки + 15-20 см отводящей кишки;
- 5) некротизированную + по 1 метру с каждой стороны.

19. ПРИ УЩЕМЛЕННОЙ ПУПУЧНОЙ ГРЫЖЕ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЕ ПРОВОДЯТ ПО СПОСОБУ (ПК-8)

- 1) Грекова;
- 2) Кукуджанова;
- 3) Мартынова;
- 4) Бассини;
- 5) Кимбаровского.

20. ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ГРЫЖЕ БЕЛОЙ ЛИНИИ ЖИВОТА ПЛАСТИКУ ГРЫЖЕВЫХ ВОРОТ ПРОВОДЯТ ПО СПОСОБУ (ПК-8)

- 1) Бассини;
- 2) Жирара-Спасокукотского;
- 3) Сапежко;
- 4) Постемпски;
- 5) Кимбаровскому.

21. ПРИ ПРЯМЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ НУЖНО УКРЕПЛЯТЬ (ПК-8)

- 1) верхнюю;
- 2) нижнюю;
- 3) боковую;
- 4) переднюю;
- 5) заднюю.

22. МЕТОД ПЛАСТИКИ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ПРИМЕНЕНИЕ СЕТЧАТЫХ ПРОТЕЗОВ ДЛЯ УКРЕПЛЕНИЯ ПАХОВОГО ПРОМЕЖУТКА (ПК-8)

- 1) Бассини, Кукуджанова;
- 2) Жирара- Спасокукотского, Кимбаровского;
- 3) Лихтенштейна;
- 4) Мейо, Сапежко;
- 5) Постемпски.

23. ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ ОТХОДИТ ОТ (ПК-5)

- 1) тощая кишка;
- 2) слепая кишка;
- 3) сигмовидная кишка;
- 4) подвздошная кишка;
- 5) поперечно-ободочная.

24. ЖАЛОБЫ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫЕ БОЛЬНЫМИ С ОСТРЫМ ВОСПАЛЕНИЕМ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ (ПК-5)

- 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.

25. ОСЛОЖНЕНИЕ ДИВЕРТИКУЛА ТОНКОЙ КИШКИ (ПК-6)

- 1) изъязвление;
- 2) энтерит;
- 3) мезентереолит;
- 4) мезентереотромбоз;
- 5) инвагинацию.

26. ПЕРВИЧНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ДИВЕРТИКУЛА ТОНКОЙ КИШКИ (ПК-6)

- 1) мезоаденит;
- 2) энтерит;
- 3) спастическую кишечную непроходимость;
- 4) мезентереотромбоз;
- 5) воспаление.

27. ДИВЕРТИКУЛЕЗ – ЭТО (ПК-6)

- 1) воспаление дивертикула;
- 2) нарушение кровообращения в дивертикуле;
- 3) наличие дивертикулов в кишке;
- 4) образование внутреннего свища;
- 5) незаращение желточного протока.

28. ДЛЯ КЛИНИКИ ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ ХАРАКТЕРНО (ПК-5)

- 1) рвота;
- 2) жидкий стул;

- 3) клиника кишечного кровотечения;
- 4) клиника местного перитонита;
- 5) клиника кишечной непроходимости.

**29. ВТОРОЕ НАЗВАНИЕ БОЛЕЗНИ КРОНА (ПК-6)**

- 1) терминальный эзофагит;
- 2) терминальный проктит;
- 3) терминальный илеит;
- 4) терминальный сигмоидит;
- 5) терминальный дуоденит.

**30. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ БОЛЕЗНЕЙ КРОНА В ОСТРОЙ СТАДИИ ПРОВОДЯТ С (ПК-5)**

- 1) дуоденит;
- 2) энтерит;
- 3) проктит;
- 4) острый аппендицит;
- 5) мезентереотромбоз.

**31. ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА ИМЕЕТ ВИД (ПК-5)**

- 1) «гладкого асфальта»;
- 2) «булыжной мостовой»;
- 3) «домика улитки»;
- 4) «шахматной доски»;
- 5) «дорожной колеи»

**32. ОСЛОЖНЕНИЕ ОПУХОЛИ ТОНКОЙ КИШКИ (ПК-6)**

- 1) перитонит;
- 2) мезентереотромбоз;
- 3) кровотечение в просвет кишки;
- 4) кровотечение в брюшную полость;
- 5) наружные свищи.

**33. ОПЕРАЦИИ, ПРОВОДИМЫЕ ПРИ ОПУХОЛЕВОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПРИ ОПЕРАБЕЛЬНОЙ ОПУХОЛИ (ПК-8)**

- 1) резекция кишки с выведением двух илеостом;
- 2) выведение колостомы;
- 3) наложение обходного анастомоза;
- 4) резекция кишки с выведением приводящей кишки в виде илеостомы и глухое закрытие отводящей кишки;
- 5) резекция кишки с опухолью и наложение анастомоза с введением интестинального зонда.

**34. ОДНОЙ ИЗ ФУНКЦИЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-5)**

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

**35. МЕТОД, ПРИМЕНЯЕМЫЙ ДЛЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ (ПК-5)**

- 1) пальцевое исследование;
- 2) пассаж бария по кишечнику;
- 3) аноскопия;
- 4) ирригоскопия;
- 5) обзорная рентгеноскопия брюшной полости.

**36. ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-5)**

- 1) врожденное сужение прямой кишки или сигмы;
- 2) Аганглиоз Ауэрбаховского и Мейснеровского сплетения;
- 3) наличие опухоли в сигмовидной кишке;
- 4) парез восходящего, поперечного и нисходящего отделов;
- 5) воспалительные заболевания кишечника.

**37. В ОСНОВЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЛЕЖИТ (ПК-5)**

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

**38. НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ – ЭТО (ПК-6)**

- 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.

**39. НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ СЛЕДУЮЩЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ (ПК-6)**

- 1) острую странгуляционную кишечную непроходимость;
- 2) острую обтурационную кишечную непроходимость;
- 3) кишечное кровотечение;
- 4) внутрибрюшное кровотечение;
- 5) мезентереотромбоз.

**40. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ХАРАКТЕРНО (ПК-5)**

- 1) запоры, равномерное вздутие живота;
- 2) поносы, похудение, эксикоз;
- 3) многократная рвота, не приносящая облегчения;
- 4) постоянная боль в животе с иррадиацией в поясничную область;
- 5) ассиметричное вздутие живота.

**41. СРОЧНОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ПОКАЗАНО ПРИ (ПК-8)**

- 1) парез кишечника;

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

#### 42. ПОКАЗАНИЕ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА (ПК-8)

- 1) подтверждение диагноза «неспецифический язвенный колит»;
- 2) не эффективность консервативного лечения в течение 72 часов;
- 3) хроническая рецидивирующая форма неспецифического язвенного колита;
- 4) не эффективность консервативного лечения в течение суток;
- 5) развитие осложнений, угрожающих жизни больного.

#### 43. МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ (ПК-5)

- 1) аноскопия;
- 2) обзорная рентгенография брюшной полости;
- 3) компьютерная томография;
- 4) колоноскопия;
- 5) УЗИ.

#### 44. ПРЕПАРАТЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ (ПК-8)

- 1) спазмолитики;
- 2) кортикостероиды;
- 3) анальгетики;
- 4) жаропонижающие;
- 5) эритроцитарная масса.

#### 45. ОСЛОЖНЕНИЕМ ДИВЕРТИКУЛОВ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-6)

- 1) непроходимость кишечника;
- 2) инвагинация;
- 3) узлообразование;
- 4) воспаление;
- 5) мезентереотромбоз.

#### 46. СО СТОРОНЫ ЖИВОТА ДИВЕРТИКУЛИТ МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ КЛИНИКОЙ (ПК-5)

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

#### 47. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ДИВЕРТИКУЛИТ СОПРОВОЖДАЕТСЯ КЛИНИКОЙ (ПК-5)

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

48. **НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ (ПК-5)**

- 1) РПХГ;
- 2) колоноскопия;
- 3) обзорная рентгенография брюшной полости в латеропозиции;
- 4) УЗИ;
- 5) компьютерная томография.

49. **ПОЛИПЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ МОГУТ ДАТЬ КЛИНИКУ (ПК-5)**

- 1) перитонита;
- 2) внутрибрюшного кровотечения;
- 3) странгуляционной кишечной непроходимости;
- 4) обтурационной кишечной непроходимости;
- 5) внутреннего свища.

50. **ПЕРВИЧНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОЛИПОВ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ МОЖЕТ БЫТЬ (ПК-6)**

- 1) воспаление полипа;
- 2) перфорация кишки;
- 3) парез кишечника;
- 4) перитонит;
- 5) странгуляционная непроходимость кишечника.

51. **УКАЖИТЕ ОДНУ ИЗ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ (ПК-5)**

- 1) селезеночный изгиб;
- 2) печеночный изгиб;
- 3) нисходящая кишка;
- 4) слепая кишка;
- 5) восходящая кишка.

52. **СИМПТОМЫ, ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕМЫЕ ПРИ ОПУХОЛЯХ ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ПОПЕРЕЧНО-ОБОДОЧНОЙ КИШКИ (ПК-5)**

- 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.

53. **ПЕРВИЧНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ, КОТОРОЕ МОГУТ ДАТЬ ОПУХОЛИ ПОПЕРЕЧНО-ОБОДОЧНОЙ КИШКИ (ПК-6)**

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

54. **ПЕРВИЧНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ, КОТОРОЕ МОГУТ ДАТЬ ОПУХОЛИ ПОПЕРЕЧНО-ОБОДОЧНОЙ КИШКИ (ПК-6)**

- 1) оментит;
- 2) перфорация опухоли;
- 3) мезоаденит;
- 4) поддиафрагмальный абсцесс;
- 5) острая почечная недостаточность.

55. МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ПОПЕРЕЧНО-ОБОДОЧНОЙ КИШКИ **(ПК-5)**

- 1) пассаж бария по кишечнику;
- 2) ФГС;
- 3) колоноскопия с биопсией;
- 4) ректальное исследование;
- 5) аноскопия с биопсией.

56. ХАРАКТЕР КАЛА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ОПУХОЛИ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ **(ПК-5)**

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

57. СИМПТОМ, ВЫЯВЛЯЕМЫЙ ПРИ ОСМОТРЕ ЖИВОТА У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗИРУЮЩЕЙ ОПУХОЛЬЮ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ **(ПК-5)**

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

58. СИМПТОМЫ ПРИ ОСМОТРЕ БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗИРУЮЩЕЙ ОПУХОЛЬЮ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ **(ПК-5)**

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

59. БОЛЬНОМУ С УДАЛИМОЙ ОПУХОЛЬЮ НИСХОДЯЩЕЙ И СЕЛЕЗЕНОЧНОГО УГЛА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ БЕЗ ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ ПОКАЗАНА ОПЕРАЦИЯ **(ПК-8)**

- 1) левосторонняя гемиколэктомия;
- 2) обходной анастомоз;
- 3) диагностическая лапаротомия;
- 4) правосторонняя гемиколэктомия;
- 5) резекция кишки с опухолью.

60. БОЛЬНОМУ С УДАЛИМОЙ ОПУХОЛЬЮ ПОПЕРЕЧНО-ОБОДОЧНОЙ КИШКИ БЕЗ ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ ПОКАЗАНА ОПЕРАЦИЯ **(ПК-8)**

- 1) левосторонняя гемиколэктомия;



- 2) обходной анастомоз;
- 3) резекция кишки с опухолью;
- 4) правосторонняя гемиколэктомия;
- 5) диагностическая лапаротомия.

61. БОЛЬНОМУ С ОПУХОЛЬЮ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ, ДАЮЩЕЙ ОСТРУЮ КИШЕЧНУЮ НЕПРОХОДИМОСТЬ, ПРИ НАЛИЧИИ ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ ПОКАЗАНА ОПЕРАЦИЯ **(ПК-8)**

- 1) левосторонняя гемиколэктомия;
- 2) выведение кишечной стомы ниже опухоли;
- 3) резекция кишки с опухолью;
- 4) выведение кишечной стомы выше опухоли;
- 5) диагностическая лапаротомия.

62. УКАЖИТЕ ПЕРВОСТЕПЕННЫЙ МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРЯМОЙ КИШКИ **(ПК-5)**

- 1) компьютерная томография;
- 2) ректороманоскопия;
- 3) колоноскопия;
- 4) пассаж бария по кишечнику;
- 5) УЗИ.

63. СПОСОБСТВУЕТ ПОЯВЛЕНИЮ ГЕМОРРОЯ **(ПК-8)**

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

64. ГЕМОРРОЙ МОЖЕТ ДАТЬ ОСЛОЖНЕНИЕ **(ПК-6)**

- 1) абсцесс Дугласова пространства;
- 2) острую кишечную непроходимость;
- 3) рубцовый стеноз;
- 4) кровотечение;
- 5) заворот.

65. РАССЕЧЕНИЕ ГЕМОРРОИДАЛЬНОГО УЗЛА ПОКАЗАНО ПРИ **(ПК-8)**

- 1) тромбофлебит;
- 2) выпадение геморроидального узла;
- 3) тромбоз геморроидального узла;
- 4) ущемление геморроидальных узлов;
- 5) кровотечение из узла.

66. МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ, ПРОВОДИМЫЙ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ **(ПК-8)**

- 1) геморроидэктомия;
- 2) антикоагулянты, повязки с мазью Вишневского; свечи со спазмолитиками и антисептиками;
- 3) гемостатики парентерально и в свечах, строгий постельный режим;
- 4) вскрытие геморроидального узла;

5) строгий постельный режим, анальгетики.

**67. ЖАЛОБА ХАРАКТЕРНАЯ ДЛЯ ТРЕЩИНЫ АНУСА (ПК-5)**

- 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.

**68. ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРЕЩИНОЙ АНУСА (ПК-5)**

- 1) колоноскопия;
- 2) аноскопия;
- 3) фистулография;
- 4) ирригоскопия;
- 5) УЗИ.

**69. КЛИНИКА ХАРАКТЕРНАЯ ДЛЯ РАКА РЕКТО-СИГМОИДНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ (ПК-5)**

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

**70. ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ ДЛЯ АНАЛЬНОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ (ПК-5)**

- 1) боли, усиливающиеся при движениях;
- 2) гектическая температура;
- 3) постоянные боли в области ануса, усиливающиеся при дефекации;
- 4) ассиметричное вздутие живота;
- 5) схваткообразные боли в животе.

**71. НАЧИНАТЬ ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА РАК ПРЯМОЙ КИШКИ НЕОБХОДИМО С (ПК-5)**

- 1) ирригография;
- 2) пальцевое исследование;
- 3) компьютерная томография;
- 4) ректоскопия;
- 5) колоноскопия.

**72. ОСТРЫЙ ПАРАПРОКТИТ – ЭТО (ПК-6)**

- 1) хроническое воспаление параректальной клетчатки;
- 2) воспаление эпителиально-копчиковых погружений;
- 3) острое воспаление парауретральной клетчатки;
- 4) острое воспаление параректальной клетчатки;
- 5) хроническое воспаление парауретральной клетчатки.

**73. СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ПЕЛЬВИОРЕКТАЛЬНОГО ПАРАПРОКТИТА (ПК-5)**

- 1) припухлость и гиперемия кожи в области ануса;
- 2) гиперемия кожи внизу живота;

- 3) боли в анальной области;
- 4) запоры;
- 5) тенезмы.

74. МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ ДВУХСТОРОННЕМ ПЕЛЬВИОРЕКТАЛЬНОМ ПАРАПРОКТИТЕ (ПК-8)

- 1) подковообразный разрез промежности;
- 2) дугообразный разрез промежности;
- 3) вскрытие гнойника через брюшную полость;
- 4) вскрытие гнойника через прямую кишку;
- 5) вскрытие гнойника через задний свод влагалища.

75. К ПОРОКАМ РАЗВИТИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕ ОТНОСИТСЯ (ПК-6)

- 1) полимастия;
- 2) трещины сосков;
- 3) гипермастия;
- 4) мономастия;
- 5) добавочные соски.

76. ПРИ МАСТИТАХ ИНФЕКЦИЯ НЕ МОЖЕТ ПОПАСТЬ В МОЛОЧНУЮ ЖЕЛЕЗУ (ПК-5)

- 1) через трещины соска;
- 2) гематогенно;
- 3) через протоки;
- 4) энтерогенно;
- 5) лимфогенно.

77. В КЛАССИФИКАЦИИ ОТСУТСТВУЕТ ВИД АБСЦЕССА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ПК-6)

- 1) подкожные;
- 2) субареолярные;
- 3) интрамаммарные;
- 4) внемаммарные;
- 5) ретромаммарные.

78. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫ ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО МАСТИТА (ПК-6)

- 1) пневмония, поддиафрагмальный абсцесс;
- 2) сепсис, эмпиема плевры;
- 3) гепатит с исходом в цирроз;
- 4) гнойный менингит;
- 5) тромбоэмболия легочной артерии.

79. МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРОИСХОДИТ (ПК-5)

- 1) КОНТАКТНО; 2) ГЕМАТОГЕННО; 3) ЭНТЕРОГЕННО; 4) ЛИМФОГЕННО; 5) ПОЛОВЫМ ПУТЕМ. ВЫБЕРИТЕ ВЕРНУЮ КОМБИНАЦИЮ
- 1) 2,3;
  - 2) 2,4;
  - 3) 3,4;
  - 4) 1,2;
  - 5) 4,5.

80. ПУНКЦИОННАЯ БИОПСИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕ ПОЗВОЛЯЕТ ДИАГНОСТИРОВАТЬ **(ПК-5)**

- 1) склерозирующий аденоматоз;
- 2) рак молочной железы;
- 3) папиллому протокав железы;
- 4) беременность;
- 5) фиброаденому молочной железы.

81. МАММОГРАФИЯ НЕ ПОКАЗАНА **(ПК-5)**

- 1) при наличии симптома «апельсиновой корки»;
- 2) при бесплодии;
- 3) при наличии симптома «умбиликации»;
- 4) при наличии узла в молочной железе;
- 5) при наличии выделений из соска.

82. РАК ПЕДЖЕТА - ЭТО **(ПК-6)**

- 1) изъязвление раковой опухоли на коже молочных желез;
- 2) внепротоковое поражение мелких протоков;
- 3) рак эпителия устьев млечных протоков;
- 4) поражение обеих молочных желез;
- 5) рак молочных желез с поражением яичников.

83. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К РАДИКАЛЬНОМУ ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ 1) ПАЛЬПИРУЮТСЯ УВЕЛИЧЕННЫЕ НАДКЛЮЧИЧНЫЕ ЛИМФОУЗЛЫ; 2) ОТЕК РУКИ НА ПОРАЖЕННОЙ СТОРОНЕ; 3) МАССИВНЫЙ ПЛЕВРАЛЬНЫЙ ВЫПОТ (КАНЦЕРОМАТОЗНЫЙ ПЛЕВРИТ); 4) МЕТАСТАЗЫ В ЛЕГКОМ; 5) ИМЕЕТСЯ ДЕСТРУКЦИЯ В ТЕЛЕ ПОЗВОНКОВ. ВЫБЕРИТЕ ВЕРНУЮ КОМБИНАЦИЮ **(ПК-8)**

- 1) 1,2,3;
- 2) 3,4;
- 3) 1,5;
- 4) 1,4,5;
- 5) все верно.

84. НЕ ОБУСЛОВЛИВАЮТ РАЗВИТИЕ ДИСГОРМОНАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ **(ПК-5)**

- 1) гиперэстрогемия;
- 2) заболевания желудка;
- 3) нарушение лактации;
- 4) частые аборты;
- 5) дисфункция яичников.

85. К СПЕЦИАЛЬНЫМ МЕТОДАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕ ОТНОСИТСЯ МЕТОД: **(ПК-5)**

- 1) маммография;
- 2) контрастная маммография;
- 3) мезентерография;
- 4) термография;
- 5) цитологическое исследование пунктата.

## Раздел «Акушерство»

Выберите один правильный ответ.

1. ПОД ПОНЯТИЕМ «ПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА» ПОНИМАЮТ (ПК-5, ПК-12):
  - 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
  
2. ПОД ПОНЯТИЕМ «ПОЗИЦИЯ ПЛОДА» ПОНИМАЮТ (ПК-5, ПК-12):
  - 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
  
3. ПОД ПОНЯТИЕМ «ВИД ПЛОДА» ПОНИМАЮТ (ПК-5, ПК-12):
  - 6) отношение крупной части плода ко входу в таз
  - 7) отношение спинки плода к передней или задней стенки матки
  - 8) отношение спинки плода к правой или левой стенке матки
  - 9) отношение конечностей плода к туловищу
  - 10) отношение продольной оси плода к оси матки
  
4. ПОД ПОНЯТИЕМ «ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА» ПОНИМАЮТ (ПК-5, ПК-12):
  - 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
  
5. ПОД ПОНЯТИЕМ «ЧЛЕНОРАСПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА» ПОНИМАЮТ (ПК-5, ПК-12):
  - 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
  
6. ЦЕЛЬ 1 ПРИЕМА ЛЕОПОЛЬДА-ЛЕВИЦКОГО – ОПРЕДЕЛИТЬ (ПК-5, ПК-12):
  - 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
  
7. ЦЕЛЬ 2 ПРИЕМА ЛЕОПОЛЬДА-ЛЕВИЦКОГО – ОПРЕДЕЛИТЬ (ПК-5, ПК-12):
  - 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

8. ЦЕЛЬ 3 ПРИЕМА ЛЕОПОЛЬДА-ЛЕВИЦКОГО – ОПРЕДЕЛИТЬ (ПК-5, ПК-12):

- 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

9. ЦЕЛЬ 4 ПРИЕМА ЛЕОПОЛЬДА-ЛЕВИЦКОГО – ОПРЕДЕЛИТЬ (ПК-5, ПК-12):

- 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

10. ТОЧКА НАИЛУЧШЕГО ВЫСЛУШИВАНИЯ СЕРДЦЕБИЕНИЯ ПЛОДА, ПРИ СИТУАЦИИ: ГОЛОВНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ, 1-ая ПОЗИЦИЯ, ПЕРЕДНИЙ ВИД НАХОДИТСЯ (ПК-5, ПК-12):

- 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

11. ТОЧКА НАИЛУЧШЕГО ВЫСЛУШИВАНИЯ СЕРДЦЕБИЕНИЯ ПЛОДА, ПРИ СИТУАЦИИ: ТАЗОВОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ, 2 ПОЗИЦИЯ, ЗАДНИЙ ВИД НАХОДИТСЯ (ПК-5, ПК-12):

- 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

12. ТОЧКА НАИЛУЧШЕГО ВЫСЛУШИВАНИЯ СЕРДЦЕБИЕНИЯ ПЛОДА, ПРИ СИТУАЦИИ: ГОЛОВНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ, 2 ПОЗИЦИЯ, ЗАДНИЙ ВИД НАХОДИТСЯ (ПК-5, ПК-12):

- 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

13. ТОЧКА НАИЛУЧШЕГО ВЫСЛУШИВАНИЯ СЕРДЦЕБИЕНИЯ ПЛОДА, ПРИ СИТУАЦИИ: ПОПЕРЕЧНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ, 1 ПОЗИЦИЯ НАХОДИТСЯ (ПК-5, ПК-12):

- 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

14. ТОЧКА НАИЛУЧШЕГО ВЫСЛУШИВАНИЯ СЕРДЦЕБИЕНИЯ ПЛОДА, ПРИ СИТУАЦИИ: ТАЗОВОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ, 1 ПОЗИЦИЯ, ПЕРЕДНИЙ ВИД НАХОДИТСЯ (ПК-5, ПК-12):

- 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

15. ВЕДУЩАЯ ТОЧКА ПРИ ПЕРЕДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ (ПК-12):

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

16. ВЕДУЩАЯ ТОЧКА ПРИ ЗАДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ (ПК-12):

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

17. ХАРАКТЕРИСТИКА СЕРДЦЕБИЕНИЯ И БАЗАЛЬНОГО РИТМА ПЛОДА В НОРМЕ РАВНА (ПК-5, ПК-12):

- 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

18. ПОНЯТИЕ ДОНОШЕННОГО ПЛОДА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО (ПК-6, ПК-12):

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

19. ОСНОВНОЙ КРИТЕРИЙ ЗРЕЛОСТИ ПЛОДА (ПК-5, ПК-6, ПК-12):

- 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

20. ПЛОСКОСТЬ ВХОДА В МАЛЫЙ ТАЗ ОГРАНИЧЕНА (ПК-12):

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

21. ПЛОСКОСТЬ ШИРОКОЙ ЧАСТИ МАЛОГО ТАЗА ОГРАНИЧЕНА (ПК-12):

- 1) верхним краем лонного сочленения, безмянными линиями, верхушкой мыса
- 2) нижним краем лона, безмянными 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

#### 22. ПЛОСКОСТЬ УЗКОЙ ЧАСТИ ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА ОГРАНИЧЕНА (ПК-12):

- 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

#### 23. ПЛОСКОСТЬ ВЫХОДА МАЛОГО ТАЗА ОГРАНИЧЕНА (ПК-12):

- 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

#### 24. ИСТИННАЯ КОНЪЮГАТА (ПК-5, ПК-12):

- 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

#### 25. ВЕДУЩАЯ ТОЧКА ЭТО (ПК-12):

- 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

#### 26. ТОЧКА ФИКСАЦИИ (ПК-12):

- 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

#### 27. ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНСКОГО ТАЗА (ПК-5, ПК-12):

- 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

#### 28. ПРИЗНАКОМ НЕЗРЕЛОГО ПЛОДА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ: (ПК-6, ПК-12):

- 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

**29. ВЕДУЩАЯ ТОЧКА ЭТО (ПК-12):**

- 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

**30. ПЕРВОЕ ПРИКЛАДЫВАНИЕ К ГРУДИ МАТЕРИ ЗДОРОВЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРОВОДИТСЯ ОБЫЧНО (ПК-12):**

- 1) сразу после рождения
- 2) через 6 ч после рождения
- 3) через 8 ч после рождения
- 4) через 12 ч после рождения
- 5) через 24 ч после рождения

**31. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ ОСНОВАНО НА (ПК-12):**

- 1) определении высоты стояния дна матки
- 2) данных УЗИ
- 3) данных влагалищного исследования при первой явке к гинекологу
- 4) дате последней менструации
- 5) всех перечисленных данных

**32. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ РОДОВ У ПЕРВОРОДЯЩИХ (ПК-12):**

- 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

**33. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ РОДОВ У ПОВТОРНОРОДЯЩИХ (ПК-12):**

- 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

**34. ОБЪЕКТИВНЫЙ КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ПЕРВОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ (ПК-5, ПК-12):**

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

**35. СКОРОСТЬ РАСКРЫТИЯ МАТОЧНОГО ЗЕВА У ПЕРВОРОДЯЩИХ (ПК-5, ПК-12):**

- 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

36. СКОРОСТЬ РАСКРЫТИЯ МАТОЧНОГО ЗЕВА У ПОВТОРНОРОДЯЩИХ (ПК-5, ПК-12):

- 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

37. СИЛЬНЫЕ И ДЛИТЕЛЬНЫЕ С КОРОТКИМИ ИНТЕРВАЛАМИ СХВАТКИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ (ПК-12)

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

38. РАСКРЫТИЕ ШЕЙКИ МАТКИ ПРОИСХОДИТ В РЕЗУЛЬТАТЕ (ПК-12):

- 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

39. СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У ПОВТОРНОРОДЯЩИХ В РОДАХ НАЧИНАЮТСЯ С (ПК-12):

- 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

40. ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВО ВТОРОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-12):

- 1) скорость сглаживания шейки матки
- 2) скорость раскрытия маточного зева
- 3) отхождение околоплодных вод
- 4) продвижение плода по родовому каналу
- 5) икота плода

41. ДОПУСТИМАЯ КРОВОПОТЕРЯ В РОДАХ (ПК-12):

- 1) 450 мл
- 2) 500 мл
- 3) 250 мл

- 4) 0.5% от массы тела беременной
- 5) 1000мл

**42. ДЛЯ ЗРЕЛОЙ ШЕЙКИ МАТКИ НЕ ХАРАКТЕРНО (ПК-5, ПК-12):**

- 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

**43. ДЛЯ НЕЗРЕЛОЙ ШЕЙКИ МАТКИ НЕ ХАРАКТЕРНО (ПК-5, ПК-12):**

- 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

**44. ПРЕДВЕСТНИКИ РОДОВ ВКЛЮЧАЮТ (ПК-5, ПК-12):**

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

**45. ПРЕЛИМИНАРНЫЙ ПЕРИОД РОДОВ ВКЛЮЧАЕТ (ПК-5, ПК-12):**

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

**46. ВЛАГАЛИЩНОЕ АКУШЕРСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НЕ ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ (ПК-12):**

- 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

**47. СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У ПЕРВОРОДЯЩИХ В РОДАХ НАЧИНАЮТСЯ (ПК-12):**

- 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

**48. В ПЕРВОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ НЕ ПРОИСХОДИТ (ПК-12):**

- 1) укорочение шейки матки
- 2) сглаживание шейки матки

- 3) отхождение околоплодных вод
- 4) врезывание головки
- 5) уменьшение шевелений плода

49. НАЗОВИТЕ ОСНОВНОЙ МЕТОД ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ВНУТРИУТРОБНОГО ПЛОДА В РОДАХ (ПК-6, ПК-12):

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

50. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЕ ПЛОДА ПО ШКАЛЕ АПГАР НЕ ВКЛЮЧАЕТ (ПК-6, ПК-12):

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

51. ПЕРВЫЙ ПЕРИОД ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РОДОВ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ ВСЕГДА (ПК-12):

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

52. ПОТУГИ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РОДАХ НАЧИНАЮТСЯ, КОГДА (ПК-12):

- 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

53. ОСНОВНЫМИ МЕХАНИЗМАМИ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ И ВЫДЕЛЕНИЯ ПОСЛЕДА ЯВЛЯЮТСЯ (ПК-12):

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

54. ПОПЫТКА ВЫДЕЛИТЬ НЕОТДЕЛИВШУЮСЯ ПЛАЦЕНТУ, КАК ПРАВИЛО, ПРИВОДИТ (ПК-6, ПК-12):

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

55. ПОКАЗАНИЕМ К РАССЕЧЕНИЮ ПРОМЕЖНОСТИ В РОДАХ ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-12):

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

56. НОРМАЛЬНАЯ СОКРАТИТЕЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МАТКИ В РОДАХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ (ПК-12)

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

57. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ТРЕТЬЕГО ПЕРИОДА РОДОВ НЕ ЗАВИСИТ ОТ (ОПК-8, ПК-12):

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

58. ПРИЗНАКИ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ ВКЛЮЧАЮТ ПРИЗНАКИ (ПК-12):

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

59. ПРИЗНАК ШРЕДЕРА ПРОЯВЛЯЕТСЯ ОТКЛОНЕНИЕМ МАТКИ (ПК-12):

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

60. ПРИЗНАК АЛЬФЕЛЬДА ПРОЯВЛЯЕТСЯ (ПК-12)

- 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

61. ВЫДЕЛЕНИЕ ИЗ МАТКИ НЕОТДЕЛИВШЕГОСЯ ПОСЛЕДА ПРОВОДИТСЯ МЕТОДОМ (ПК-12)

- 1) Абуладзе
- 2) Гентера
- 3) Креде – Лазаревича

- 4) потягивания за пуповину
- 5) ручного отделения и выделения последа

62. ПРИЕМ КРЕДЕ – ЛАЗАРЕВИЧА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ **(ПК-12)**:

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

63. ПОСЛЕ ПОЯВЛЕНИЯ ПРИЗНАКОВ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ ПРИСТУПАТЬ К ВЫДЕЛЕНИЮ ОТДЕЛИВШЕГОСЯ ПОСЛЕДА НЕОБХОДИМО **(ПК-12)**

- 1) сразу после появления признаков
- 2) через 5 мин
- 3) через 10 мин
- 4) через 20 мин
- 5) через 30 мин

64. ПРЕПАРАТ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЕМЫЙ В МОМЕНТ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ГОЛОВКИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ В РОДАХ **(ОПК-8, ПК-12)**

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

65. ПЕРИНЕОТОМИЯ ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ **(ПК-12)**

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

66. ОЦЕНКА НОВОРОЖДЕННОГО ПО ШКАЛЕ АПГАР НЕ ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ПОКАЗАТЕЛИ **(ПК-6, ПК-12)**

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

67. КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ГИПОКСИИ ПЛОДА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЧАЩЕ ВСЕГО **(ПК-5, ПК-6, ПК-12)**

- 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

68. СИМПТОМЫ УГРОЖАЮЩЕГО РАЗРЫВА ПРОМЕЖНОСТИ **(ПК5, ПК-6, ПК-12)**

- 1) значительное выпячивание промежности
- 2) побледнение кожи промежности
- 3) отек промежности
- 4) верно 1, 2, 3
- 5) появление кровянистых выделений

**69. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ РАННЕГО ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА (ПК-12)**

- 1) 1 ч
- 2) 2 ч
- 3) 4 ч
- 4) 12ч
- 5) 24ч

**70. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ (ПК-12)**

- 1) появлением первой менструации
- 2) инволюцией шейки матки
- 3) прекращением выделений из матки
- 4) длительностью лактации
- 5) инволюцией матки

**71. ИНВОЛЮЦИЯ МАТКИ ПОСЛЕ РОДОВ НЕ ЗАМЕДЛЯЕТСЯ ПРИ (ПК-12)**

- 1) родах крупным плодом
- 2) длительных родах
- 3) послеродовом эндометрите
- 4) бурной родовой деятельности

**72. ЛАКТАЦИЯ НАЧИНАЕТСЯ ПОД ДЕЙСТВИЕМ (ПК-12)**

- 1) плацентарного лактогена
- 2) прогестерона
- 3) эстрогенов
- 4) пролактина
- 5) лютеинизирующего гормона

**73. НАЧАЛО ЛАКТАЦИИ СЧИТАЕТСЯ НОРМАЛЬНЫМ (ПК-12)**

- 1) сразу после родов
- 2) на 1–2-е сутки после родов
- 3) на 3-и сутки после родов
- 4) на 4–5-е сутки после родов
- 5) через 2 часа после родов

**74. ДЛЯ ЛАКТОСТАЗА ХАРАКТЕРНО (ПК-5, ПК-12)**

- 1) умеренное нагрубание молочных желез
- 2) повышение температуры тела с ознобом
- 3) свободное отделение молока
- 4) значительное равномерное нагрубание молочных желез
- 5) нет правильного ответа

**75. ПОЛНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ СТРУКТУРЫ ЭНДОМЕТРИЯ ПОСЛЕ РОДОВ ПРОИСХОДИТ ЧЕРЕЗ (ПК-12)**

- 1) 10–15 дней

- 2) 2–3 нед
- 3) 4–5 нед
- 4) 6–8 нед
- 5) 9–10 нед

76. КАКОВА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА (ПК-12)

- 1) 10 дней
- 2) 4 недели
- 3) 6 - 8 недель
- 4) 6 мес.
- 5) 2 часа

77. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ (ПК-12)

- 1) появлением первой менструации
- 2) инволюцией тела матки
- 3) инволюцией матки
- 4) прекращением лохий
- 5) длительностью лактации

78. К ПОСОБИЮ ПО МЕТОДУ ЦОВЬЯНОВА-I ПРИ ЧИСТОМ ЯГОДИЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА ПРИСТУПАЮТ, КОГДА (ПК-6, ПК-12)

- 1) при полном открытии
- 2) отходят воды
- 3) плод рождается до пупочного кольца
- 4) плод рождается до угла лопаток
- 5) прорезываются обе ягодицы

79. КЛАССИЧЕСКОЕ РУЧНОЕ ПОСОБИЕ ПРИ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ ОКАЗЫВАЕТСЯ (ПК-12)

- 1) после рождения плода до нижних углов лопаток и запрокидывании ручек
- 2) при прорезывании ягодиц
- 3) для выведения головки
- 4) все перечисленное
- 5) правильно 1 и 2

80. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЙ МЕТОД РОДРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА С МАССОЙ БОЛЕЕ 3500 Г (ПК-12)

- 1) кесарево сечение
- 2) извлечение плода за тазовый конец
- 3) роды через естественные родовые пути
- 4) наружный профилактический поворот плода за головку

81. ЧЕРЕЗ СКОЛЬКО МИНУТ ДОЛЖНЫ ЗАКОНЧИТЬСЯ РОДЫ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ ПЛОДА ДО ПУПОЧНОГО КОЛЬЦА (ПК-12)

- 1) 1 мин
- 2) 3 мин
- 3) 5 мин
- 4) 8 мин
- 5) 10 мин



82. УСТАНОВЛЕН ДИАГНОЗ: РОДЫ ПЕРВЫЕ СРОЧНЫЕ. ПЕРВЫЙ ПЕРИОД РОДОВ. ЧИСТО ЯГОДИЧНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА. РАННЕЕ ИЗЛИТИЕ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД. ВЫПАДЕНИЕ ПУПОВИНЫ. ПОКАЗАНО СРОЧНОЕ ОКОНЧАНИЕ РОДОВ С ПОМОЩЬЮ ОПЕРАЦИИ (ПК-12)

- 1) перинеотомии
- 2) экстракции плода за тазовый конец
- 3) кесарева сечения
- 4) акушерских щипцов
- 5) наружного профилактического поворота плода

83. ТАКТИКА ВРАЧА ВО 2 ПЕРИОДЕ РОДОВ, ЕСЛИ 2 ПЛОД В ЧИСТО ЯГОДИЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ (ПК-12)

- 1) вскрыть плодный пузырь и извлечь за тазовый конец
- 2) вскрыть плодный пузырь и предоставить роды естественному течению
- 3) вскрыть плодный пузырь и принять роды с оказанием пособия по Цовьянову-I
- 4) сделать кесарево сечение

84. МЕТОД ЦОВЬЯНОВА-II ПРИ НОЖНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ (ПК-12)

- 1) позволяет перевести ножное предлежание в смешанное ягодичное
- 2) позволяет предотвратить преждевременное рождение ножек плода
- 3) способствует сохранению нормального членорасположения плода
- 4) позволяет предотвратить асфиксию плода
- 5) снижает мертворождаемость

85. ПРИЕМ МОРИСО-ЛЕВРЕ (ПК-12)

- 1) используется в классическом ручном пособии
- 2) применяется для выведения головки
- 3) используется в методе ведения родов по Цовьянову
- 4) применяется при чисто ягодичном предлежании

86. ЭКЛАМПСИЮ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ (ПК-6, ПК-12)

- 1) с эпилепсией
- 2) с геморрагическим инсультом
- 3) с опухолью мозга
- 4) верно 1 и 2

87. ДЛЯ ЭКЛАМПСИИ ХАРАКТЕРНО (ПК-5, ПК-6)

- 1) все перечисленное
- 2) наличие тонических судорог
- 3) наличие клонических судорог
- 4) коматозное состояние

88. ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ НАЛОЖЕНИЯ ВЫХОДНЫХ АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ СОСТОИТ (ПК-12)

- 1) в опорожнении мочевого пузыря
- 2) в создании условий асептики
- 3) в проведении тщательного влагилищного исследования тем акушером, который будет накладывать щипцы
- 4) ничего из перечисленного
- 5) верно 1,2,3

89. ВЫХОДНЫЕ ЩИПЦЫ НАКЛАДЫВАЮТ ПРИ ГОЛОВКЕ ПЛОДА, НАХОДЯЩЕЙСЯ В (ПК-12)

- 1) малым сегментом во входе малого таза
- 2) в широкой части малого таза
- 3) в узкой части малого таза
- 5) в выходе малого таза
- 4) большим сегментом во входе малого таза

90. АКУШЕРСКИМИ ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ ВЫХОДНЫХ ЩИПЦОВ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ (ПК-12)

- 1) кровотечение из-за отслойки плаценты
- 2) тяжелая нефропатия
- 3) упорная слабость потуг
- 4) прогрессирующая гипоксия плода
- 5) угроза разрыва промежности

91. ДЛЯ ОПЕРАЦИИ НАЛОЖЕНИЯ ВЫХОДНЫХ АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ НЕОБХОДИМЫ СЛЕДУЮЩИЕ УСЛОВИЯ (ПК-12)

- 1) открытие шейки матки полное
- 2) живой плод
- 3) отсутствие плодного пузыря
- 4) головка плода расположена стреловидным швом в прямом размере плоскости входа
- 5) верно 1,2,3

92. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПОСЛЕРОДОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-6, ПК-12)

- 1) стрептококк и стафилококк
- 2) кишечная палочка
- 3) вирус
- 4) гонококк

93. ВХОДНЫМИ ВОРОТАМИ ПОСЛЕРОДОВОЙ ИНФЕКЦИИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-5, ПК-12)

- 1) плацентарная площадка
- 2) трещины сосков
- 3) рана промежности
- 4) околоплодные воды

94. ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОСЛЕРОДОВОЙ ИНФЕКЦИИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-5, ПК-12)

- 1) вирулентность микроорганизма
- 2) кровопотеря
- 3) течение родового акта
- 4) лейкоцитоз у беременной

95. ПУТЕМ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВОЙ ИНФЕКЦИИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-5, ПК-12)

- 1) гематогенный
- 2) лимфогенный

- 3) интраканикулярный
- 4) перинеуральный

**96. РАЗВИТИЕ ПЕРИТОНИТА В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ НЕ ОБУСЛОВЛЕНО (ПК-5, ПК-12)**

- 1) метроэндометритом
- 2) несостоятельностью швов на матке после кесарева сечения
- 3) пуперальной язвой

**97. ПОКАЗАНИЕМ К ЭКСТИРПАЦИИ МАТКИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ (ОПК-8, ПК-12)**

- 1) перитонит
- 2) сепсис
- 3) инфекционно-токсический шок
- 4) двусторонний аднексит

**98. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ СООТВЕТСТВУЮТ ЛОХИОМЕТРЕ (ПК-5, ПК-6, ПК-12):**

- 1) у роженицы на 5 сутки подъем температуры до 38.5, озноб. Дно матки на 2т ниже пупка, лохии кровянистые
- 2) 3 сутки дно матки на уровне пупка, матка мягкая, безболезненная, лохии скудные
- 3) 3 сутки после кесарева сечения. Состояние роженицы тяжелое. Температура 38, озноб. Живот вздут, перистальтика вялая. Матка безболезненная, выделения кровяные
- 4) 12 сутки жалобы на яркие кровянистые выделения из родовых путей. Дно матки на уровне лона.

**99. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ СООТВЕТСТВУЮТ МЕТРАЭНДОМЕТРИТУ (ПК-5, ПК-6, ПК-12)**

- 1) у роженицы на 5 сут подъем температуры до 38.5, озноб. Дно матки на 2т ниже пупка, лохии кровянистые
- 2) 3 сутки дно матки на уровне пупка, матка мягкая, безболезненная, лохии скудные
- 3) 3 сутки после кесарева сечения. Состояние роженицы тяжелое. Температура 38, озноб. Живот вздут, перистальтика вялая. Матка безболезненная, выделения кровяные
- 4) 12 сутки жалобы на яркие кровянистые выделения из родовых путей. Дно матки на уровне лона.

**100. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ СООТВЕТСТВУЮТ ПЕРИТОНИТУ СЛЕДУЮЩИЕ (ПК-5, ПК-6, ПК-12)**

- 1) у роженицы на 5 сут подъем температуры до 38.5, озноб. Дно матки на 2 см ниже пупка, лохии кровянистые
- 2) 3 сутки дно матки на уровне пупка, матка мягкая, безболезненная, лохии скудные
- 3) 3 сутки после кесарева сечения. Состояние роженицы тяжелое. Температура 38, озноб. Живот вздут, перистальтика вялая. Матка безболезненная, лохии кровянистые
- 4) 12 сутки жалобы на яркие кровянистые выделения из родовых путей. Дно матки на уровне лона.

**101. МЕТОДОМ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ ПРИ ПОПЕРЕЧНОМ ПОЛОЖЕНИИ ПЛОДА И ДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-12)**

- 1) операция поворот плода на ножку

- 2) операция наружного поворота плода на головку
- 3) операция кесарева сечения
- 4) амниотомия
- 5) акушерские щипцы

102. ПРИ НЕПРАВИЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ ПЛОДА (ПК-5, ПК-12)

- 1) продольная ось плода перпендикулярна оси матки
- 2) продольная ось плода пересекается под углом с осью матки
- 3) верно 1, 2
- 4) продольная ось плода совпадает с осью матки

103. К НЕПРАВЛЬНЫМ ПОЛОЖЕНИЯМ ПЛОДА НЕ ОТНОСИТСЯ (ПК-5, ПК-6, ПК-12)

- 1) продольное
- 2) поперечное
- 3) косое

104. К ПРИЧИНАМ НЕПРАВИЛЬНОГО ПОЛОЖЕНИЯ ПЛОДА НЕ ОТНОСИТСЯ (ПК-5, ПК-12)

- 1) пороки развития матки
- 2) узкий таз
- 3) предлежания плаценты
- 4) наследственность

105. К МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ НЕПРАВИЛЬНОГО ПОЛОЖЕНИЯ ПЛОДА НЕ ОТНОСИТСЯ (ПК-5, ПК-6, ПК-12)

- 1) сбор анамнеза
- 2) наружное акушерское исследование
- 3) УЗИ
- 4) влагалищное исследование

106. ОСЛОЖНЕНИЯ В РОДАХ ПРИ НЕПРАВИЛЬНЫХ ПОЛОЖЕНИЯХ ПЛОДА (ПК-6, ПК-12)

- 1) раннее излитие вод
- 2) выпадение пуповины или ручки плода, острая гипоксия плода
- 3) запущенное поперечное положение плода
- 4) все правильные

107. К ПРИЗНАКАМ ЗАПУЩЕННОГО ПОПЕРЕЧНОГО ПОЛОЖЕНИЯ ПЛОДА НЕ ОТНОСИТСЯ (ПК-5, ПК-6, ПК-12)

- 1) неподвижность плода
- 2) выпадение ручки
- 3) разрыв матки

108. СТЕПЕНЬ СУЖЕНИЯ ТАЗА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ, КАК ПРАВИЛО, ПО УМЕНЬШЕНИЮ РАЗМЕРА (ПК-5, ПК-12)

- 1) анатомической конъюгаты
- 2) истинной конъюгаты
- 3) горизонтальной диагонали пояснично-крестцового ромба
- 4) высоты стояния дна матки
- 5) поперечного размера матки

109. . ОСНОВНЫМИ ПРИЧИНАМИ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ (ПК-6, ПК-12)

- 1) гипоэстрогения
- 2) снижение уровня эндогенных простагландинов
- 3) перерастяжение матки
- 4) все перечисленные
- 5) ничего из перечисленного

110.ЗАМЕДЛЕНИЕ СКОРОСТИ РАСКРЫТИЯ ШЕЙКИ МАТКИ В РОДАХ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ (ПК-6, ПК-12)

- 1) о слабости родовой деятельности
- 2) о дискоординации родовой деятельности
- 3) о дистоции шейки матки
- 4) о ригидности шейки матки

111. ДЛЯ СТИМУЛЯЦИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИМЕНЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ (ОПК-8, ПК-12)

- 1) глюкоза
- 2) АТФ, галаскорбин, аскорбиновая кислота, кальция хлорид
- 3) сигетин, глюкоза
- 4) окситоцин, простагландины
- 5) ничего из перечисленного

112. К НЕСВОЕВРЕМЕННОМУ ИЗЛИТИЮ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД ПРИВОДЯТ (ПК-6, ПК-12)

- 1) воспалительные изменения амниона
- 2) неравномерная скорость повышения и снижения внутриматочного давления
- 3) все перечисленное
- 4) ничего из перечисленного

113. ДЛЯ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО (ПК-5, ПК-12)

- 1) болезненность схваток
- 2) затрудненное мочеиспускание
- 3) затрудненная пальпация предлежащей части плода
- 4) все перечисленное
- 5) ничего из перечисленного

114.ДЛЯ ТЕЧЕНИЯ БЫСТРЫХ РОДОВ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО (ПК-5, ПК-12)

- 1) повышение температуры тела
- 2) тошнота, рвота
- 3) сухой язык, тахикардия
- 4) все перечисленное
- 5) ничего из перечисленного

115. ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПРИ ДИСКООРДИНАЦИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ (ПК-6, ПК-12)

- 1) разрывы родовых путей
- 2) асфиксия плода

- 3) родовые травмы плода
- 4) все перечисленные
- 5) ничего из перечисленного

116. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИМЕНЯЮТ (ОПК-8, ПК-12)

- 1) токолитики
- 2)  $\beta$ -миметики
- 3) спазмолитики
- 4) ничего из перечисленного
- 5) все перечисленное

117. К ПРОФИЛАКТИКЕ АНОМАЛИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НЕ ОТНОСИТСЯ (ПК-12)

- 1) подготовку шейки матки к родам
- 2) очистительную клизму при поступлении в родильное отделение
- 3) использование эпидуральной анестезии
- 4) вскрытие плодного пузыря при незрелой шейке
- 5) верно 1) и 3)

118. ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ - ЭТО ТАКАЯ ПАТОЛОГИЯ, ПРИ КОТОРОЙ ПЛАЦЕНТА, КАК ПРАВИЛО, РАСПОЛАГАЕТСЯ (ПК-12)

- 1) в теле матки
- 2) в нижнем сегменте матки
- 3) в нижнем сегменте матки, частично или полностью перекрывая внутренний зев
- 4) по задней стенке матки
- 5) в дне матки

119. ДЛЯ НИЗКОЙ ПЛАЦЕНТАЦИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН СЛЕДУЮЩИЙ СИМПТОМ (ПК-5, ПК-12)

- 1) артериальная гипотония
- 2) артериальная гипертензия
- 3) анемия
- 4) кровянистые выделения из половых путей
- 5) все перечисленное

120. ПРИ ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ В ОБЛАСТИ ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ ПОЛНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ, КАК ПРАВИЛО, ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ (ПК-5, ПК-6, ПК-12)

- 1) шероховатые оболочки плодного пузыря
- 2) тазовый конец плода
- 3) ручка плода
- 4) все перечисленное
- 5) ничего из перечисленного

121. ПРИ ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПРИ НЕПОЛНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ, КАК ПРАВИЛО, ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ (ПК-5, ПК-6, ПК-12)

- 1) губчатая ткань плаценты над всем внутренним зевом
- 2) головка и ручка плода
- 3) ножка плода

- 4) все перечисленное
- 5) ничего из перечисленного

122. ПРИ НАРУЖНОМ АКУШЕРСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДЛЯ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО (ПК-5, ПК-6, ПК-12)

- 1) высокое расположение предлежащей части плода
- 2) поперечное и косое положение плода
- 3) шум сосудов плаценты над лоном
- 4) все перечисленное
- 5) ничего из перечисленного

123. ОСОБЕННОСТЬЮ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-5, ПК-6, ПК-12)

- 1) болезненность матки при пальпации
- 2) наружного кровотечения может и не быть
- 3) имеются признаки внутрибрюшного кровотечения
- 4) все перечисленное
- 5) ничего из перечисленного

124. ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ В ВЫБОРЕ ТАКТИКИ РОДРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-12)

- 1) разновидность предлежания (полное, неполное)
- 2) состояние родовых путей (шейка матки сглажена, укорочена, полностью открыта)
- 3) предлежание плода (головное, тазовое)
- 4) сопутствующая экстрагенитальная патология
- 5) возраст роженицы

125. ПОЛНАЯ ОТСЛОЙКА ПЛАЦЕНТЫ ЗНАЧИТЕЛЬНО ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ У БЕРЕМЕННЫХ (ПК-6, ПК-12)

- 1) с миомой матки
- 2) с кистой яичника
- 3) с артериальной гипертензией
- 4) с артериальной гипотонией

126. ЕСЛИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ ПРОИЗОШЛА В ПЕРВОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ, СЛЕДУЕТ (ПК-6, ПК-12)

- 1) произвести кесарево сечение
- 2) наложить акушерские щипцы
- 3) применить вакуум-экстракцию плода
- 4) верно все перечисленное
- 5) нет правильного ответа

127. САМЫМ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ НИЗКОЙ ПЛАЦЕНТАЦИИ ПЛАЦЕНТЫ ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-6, ПК-12)

- 1) наружное акушерское исследование
- 2) внутреннее акушерское исследование
- 3) кольпоскопия
- 4) амниоскопия
- 5) ультразвуковое сканирование

128. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ РУЧНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПОСЛЕРОДОВОЙ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-12)

- 1) повышенная кровопотеря
- 2) сомнение в целостности плаценты
- 3) сомнение в целостности стенки матки
- 4) все перечисленное
- 5) ничего из перечисленного

129. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОТОНИИ МАТКИ ПРИМЕНЯЮТ ПРЕПАРАТЫ (ОПК-8, ПК-12)

- 1) окситоцин
- 2) метилэргометрин
- 3) глюкозу
- 4) правильно 1, 3
- 5) ответы правильные 1, 2

130. ПОЗДНИМИ ПОСЛЕРОДОВЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ, КОТОРЫЕ НАЧИНАЮТСЯ ПОСЛЕ РОДОВ (ПК-5, ПК-12)

- 1) через 5-6 ч
- 2) через 7-8 ч
- 3) через 9-10 ч
- 4) через 11-12 ч
- 5) все ответы правильные

131. ДЛЯ ПРОЯВЛЕНИЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ШОКА ХАРАКТЕРНО (ПК-5, ПК-6, ПК-12)

- 1) артериальная гипотония
- 2) тахикардия
- 3) тахипноэ
- 4) повышение показателя шокового индекса
- 5) все ответы правильные

132. СТЕПЕНЬ СУЖЕНИЯ ТАЗА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ, КАК ПРАВИЛО, ПО УМЕНЬШЕНИЮ РАЗМЕРА (ПК-5, ПК-12)

- 1) анатомической конъюгаты
- 2) истинной конъюгаты
- 3) горизонтальной диагонали пояснично-крестцового ромба
- 4) высоты стояния дна матки
- 5) поперечного размера матки

133. КЛИНИЧЕСКИ УЗКИЙ ТАЗ – ЭТО (ПК-5, ПК-6, ПК-12)

- 1) одна из форм анатомически узкого таза
- 2) отсутствие продвижения головки плода при слабости родовой деятельности
- 3) несоответствие головки плода и таза матери, выявленное во время беременности
- 4) все перечисленное
- 5) ничего из перечисленного

134. ОСНОВНЫМИ ПРИЧИНАМИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА ЯВЛЯЮТСЯ (ПК-6, ПК-12)

- 1) анатомическое сужение таза
- 2) крупный плод
- 3) задне-теменной асинклитизм



- 4) правильно 1) и 2)
- 5) все перечисленные

135. ПРИ ДИАГНОСТИКЕ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА В ПЕРВОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ И ЖИВОМ ПЛОДЕ НАИБОЛЕЕ ПРАВИЛЬНА АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА (ПК-12)

- 1) внутривенная капельная стимуляция окситоцином
- 2) применение приема Кристеллера или бинта Вербова
- 3) проведение наружного поворота плода на тазовый конец
- 4) проведение операции кесарева сечения
- 5) правильно 1) и 2)

136. ПРИЗНАК ВАСТЕНА НЕЛЬЗЯ ОЦЕНИТЬ ПРИ УСЛОВИИ (ПК-5, ПК-12):

- 1) целых околоплодных вод
- 2) излития околоплодных вод
- 3) прижатой ко входу в малый таз головки плода
- 4) открытия шейки матки на 8-10 см
- 5) ничего из перечисленного

137. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ ВАСТЕНА, КАК ПРАВИЛО, СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ (ПК-6, ПК-12)

- 1) о крайней степени несоответствия головки плода и таза матери
- 2) об угрозе разрыва матки
- 3) о наличии крупного плода
- 4) о всем перечисленном
- 5) ни о чем из перечисленного

138. ДЛЯ ВЫБОРА ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ РОДОВ ВАЖНО ВСЕГО ОПРЕДЕЛИТЬ (ПК-12)

- 1) форму анатомически узкого таза
- 2) степень сужения таза
- 3) росто-весовые показатели женщины
- 4) наличие некрупного плода
- 5) все перечисленное

139. ЗАПУЩЕННОЕ ПОПЕРЕЧНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА - ЭТО ТАКАЯ АКУШЕРСКАЯ СИТУАЦИЯ, ПРИ КОТОРОЙ ИМЕЕТ МЕСТО (ПК-12)

- 1) выпадение ручки плода
- 2) вколачивание в таз плечика плода
- 3) отхождение вод
- 4) правильно 2) и 3)
- 5) все перечисленное

140. ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЕЛИЧИНЫ ИСТИННОЙ КОНЬЮГАТЫ ИМЕЕТ (ПК-5, ПК-12)

- 1) диагональная конъюгата, окружность в области лучезапястного сустава
- 2) вертикальная диагональ пояснично-крестцового ромба
- 3) все ответы правильные
- 4) все ответы неправильные

Перечень ситуационных задач для подготовки к зачёту по клинической практике (помощник врача) по специальности 31.05.01 – лечебное дело студентов 4 курса лечебного факультета

Раздел «Терапия»

**Задача №1**

**(ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10)**

Женщина 50 лет, с избыточной массой тела, страдающая диабетом 2 типа и гипертонической болезнью, жалуется на появление неделю назад болей за грудиной с иррадиацией в левую руку, при ходьбе более 200 м в спокойном темпе. Боли проходят при прекращении нагрузки.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику ведения.
4. Составьте план лечения.

**Задача №2**

**(ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-11)**

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 подъём сегмента ST в отведениях II, III и AVF на 3 мм над изолинией.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику ведения.
4. Составьте план лечения.

**Задача №3**

**(ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-11)**

Больной 57 лет, инженер, доставлен СМП по поводу интенсивных болей в груди, продолжавшихся более 1 часа. Боли давящие, сжимающие, загрудинные, иррадирующие в шею, челюсть, левое плечо, не успокаивающиеся в сидячем положении и после приема нитроглицерина, не связаны с дыханием. В течение 10 лет отмечает повышение АД до 190/110 мм рт. ст. Объективно: ЧД - 20 в минуту, в легких хрипов нет. Пульс - 80 в минуту, ритмичный. АД - 150/90 мм рт. ст. В остальном без особенностей.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику ведения.
4. Составьте план лечения.

**Задача №4**

**(ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10)**

У больного 53 лет, после увольнения с работы, последние 2 недели нарушился сон, стал отмечать приступы жгучих болей в области слева от грудины, сопровождающиеся комком в горле, ощущением нехватки воздуха, которые обычно проходили самостоятельно в течение часа. Во время одного из приступов появились судороги рук, вызвал бригаду СМП.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.

3. Определите тактику ведения.
4. Составьте план лечения.

**Задача №5**  
**(ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10)**

Больной Ю., 45 лет, геолог, поступил в клинику с жалобами на постоянные боли в подложечной области, усиливающиеся через 1,5-2 часа после приема пищи, ощущение быстрого насыщения, полноты в желудке, независимо от принятой пищи, изжогу кислым, тошноту, однократную рвоту «кофейной гущей», неустойчивый стул черной окраски, общую слабость, похудание. Болен в течение 2 месяцев, принимал но-шпу, папаверин, анестезин, продолжал работать, однако улучшения не было. При обращении в поликлинику больной был экстренно госпитализирован.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые умеренно бледные. Пульс 105 в мин, АД – 95/60 мм рт.ст. Язык умеренно влажный, слегка обложен беловатым налетом. Живот слегка втянут, ограниченно участвует в акте дыхания, особенно в эпигастрии. При поверхностной пальпации отмечается выраженная болезненность в пилородуоденальной зоне. Печень не выступает из-под края реберной дуги, безболезненна. Селезенка не пальпируется.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику ведения.
4. Составьте план лечения.

**Задача №6**  
**(ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10)**

Больной 27 лет неоднократно лечился амбулаторно по поводу хронического гастрита с повышенной секреторной функцией. Длительность заболевания около 5 лет. Беспокоят боли в эпигастрии, изжога, которые появляются спустя 2-2,5 часа после еды, нередко бывают натощак и уменьшаются после приема пищи. Ухудшение самочувствия отмечает в осенне-весеннее время года.

Настоящее обострение длится около 2 недель. У больного при обследовании выявлена значительная гиперсекреция желудочного сока. При рентгеноскопии желудка язвенного дефекта не выявлено. Периферическая кровь спокойная. Амбулаторно больному начато лечение: диета, спазмолитики, антациды. В связи с выраженным болевым синдромом назначены тепловые процедуры на область эпигастрия.

После 3-й физиопроцедуры больной почувствовал слабость, потливость, головокружение. По дороге домой потерял сознание. Доставлен в клинику бригадой скорой медицинской помощи.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику ведения.
4. Составьте план лечения.

**Задача №7**  
**(ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10)**

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. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику ведения.
4. Составьте план лечения.

#### **Задача №8**

**(ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11)**

Больной, 52 лет, страдает ИБС. В анамнезе лекарственная аллергия на препараты пиразолонового ряда. После нагрузки появились сжимающие боли за грудиной. Принятый нитроглицерин эффекта не дал и была вызвана бригада скорой помощи. Врач ввел внутримышечно баралгин. Спустя 10-15 минут появилась общая гиперемия, зуд, слабость, головокружение, удушье с дистанционными хрипами. ЧСС 120 уд/мин. АД 80/60 мм рт. ст.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику ведения.
4. Составьте план лечения.
5. Перечислите препараты для купирования приступа бронхиальной астмы.

#### **Задача №9**

**(ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10)**

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. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику ведения.
4. Составьте план лечения.

#### **Задача №10**

**(ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11)**

Больной 46 лет около часа назад внезапно почувствовал нарастающую жгучую загрудинную боль с иррадиацией в руки. По ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС – 72 в минуту, куполообразный подъём сегмента ST в отведениях I, II, AVL, V5, V6 на 4 мм над изолинией.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику ведения. Определите показания и противопоказания к тромболитису.
4. Составьте план лечения.
5. Перечислите препараты неотложной помощи при инфаркте миокарда.

#### **Задача №11**

**(ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11)**

Больная 53 года 12 часов назад внезапно почувствовала нарастающую жгучую боль в горле с иррадиацией в нижнюю челюсть, потливость. Принимала парацетамол и пенталгин без существенного эффекта. По ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС – 90 в минуту, куполообразный подъем сегмента ST в отведениях I, II, AVL, V5, V6 на 5 мм над изолинией. Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику ведения. Определите показания и противопоказания к тромболизису.
4. Составьте план лечения.
5. Перечислите препараты неотложной помощи при инфаркте миокарда.

#### **Задача №12**

**(ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11)**

Больная 73 года сутки назад внезапно появилась резкая слабость, потливость, головокружение. Некоторое время отмечала затруднение речи и движений в левой половине тела. Объективно: В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца расширены влево на 2 см, тоны приглушены, ритмичны, ЧСС- 80 в минуту, АД – 190/90 мм рт. ст. По ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС – 80 в минуту, куполообразный подъем сегмента ST на 5 мм над изолинией, зубцы QS в отведениях V1- V4. Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику ведения. Определите показания и противопоказания к тромболизису.
4. Составьте план лечения.
5. Перечислите препараты неотложной помощи при инфаркте миокарда.

#### **Задача №13**

**(ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10)**

Больной 48 лет, избыточного питания, курит, работает водителем. Ранее регистрировались эпизоды АД 160/90 мм рт.ст., холестерин 5,9 ммоль/л, который цеховой терапевт расценивал как нормальный. После рейса почувствовал жжение за грудиной, онемение в левом плече. Принимал маалокс без эффекта. Боль нарастала, стала нестерпимой, иррадиировала в нижнюю челюсть, сопровождалась чувством страха смерти, слабостью. Через 1,5 часа вызвал скорую помощь. При осмотре кожные покровы бледные, влажные, сердечные тоны приглушены, ЧСС 80 в минуту, АД 120/90 мм рт.ст. По ЭКГ синусовый ритм с ЧСС 80 в минуту, куполообразный подъем ST в V2-V4 до 6 мм, депрессия ST III, AVF до 1,5 мм. Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику ведения.
4. Составьте план лечения.

#### **Задача №14.**

**(ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10)**

Больной 56 лет, в течение полугода отмечал давящие боли за грудиной при ходьбе более 200м в быстром темпе. 10 дней назад был за городом, где возник приступ интенсивных загрудинных болей после нагрузки продолжительностью около 40 минут, сопровождающийся слабостью. Принимал самостоятельно аспирин, баралгин. Ограничил физическую активность. За медпомощью не обращался. В последующие дни сохранялась сильная слабость, появилась одышка. Сегодня обратился в приемный покой. По ЭКГ – синусовый ритм с ЧСС 70 в минуту, Qr в III, AVF, подъем ST до 1 мм в III, AVF с +/- T Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.

3. Определите тактику ведения.
4. Составьте план лечения.

**Задача №15**  
**(ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10)**

Больная 65 лет, длительно страдает артериальной гипертензией, сахарным диабетом 2 типа. В течение 5 лет клиника стенокардии напряжения. Принимает метопролол и нитросорбид. В течение 2-х дней ухудшение состояния: приступы загрудинных болей появляются при малейшей нагрузке (ходьба менее 50м), принимает до 10 таблеток нитроглицерина в день. Сегодня ночью появились боли в покое, продолжительностью более 20 минут, после приема нитроглицерина и анальгина боль купировалась на непродолжительное время, затем возобновилась и приняла волнообразный характер. По ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 90 в минуту, депрессия ST в отведениях I, AVL, V2-V6 до 2 мм с отрицательными зубцами T

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику ведения.
4. Составьте план лечения.

**Задача № 16**  
**(ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11)**

Больной 51 год, курит много лет. Повышение АД до 160/90 мм.рт.ст. в течение 8 лет, постоянно получает антигипертензивную терапию. В течение 2 лет отмечает дискомфорт за грудиной при интенсивной физической нагрузке, проходящий в покое, к врачам не обращался. Сегодня ночью проснулся от интенсивных болей за грудиной, которые носили волнообразный характер, продолжительностью около 40 минут. Приём 5 таблеток нитроглицерина – с незначительным эффектом. Вызвал СМП. По ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 85 в минуту, депрессия ST в отведениях II, III, AVF, на 3 мм. Боль купирована введением промедола. В анализе крови на 3-й день: лейкоциты – 9,1, СОЭ-24 мм/час

Ваш диагноз.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику ведения. Определите показания и противопоказания к тромболизису.
4. Составьте план лечения.
5. Перечислите препараты неотложной помощи при инфаркте миокарда.

**Задача №17**  
**(ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11)**

У больной 65 лет диагностирован острый инфаркт миокарда, на фоне которого внезапно появилось глубокое шумное дыхание, утрата сознания, набухание шейных вен, отсутствие пульсации крупных сосудов, АД не определяется. На ЭКГ определяется синусовый ритм с ЧСС – 130 в минуту, признаки острой фазы переднего Q- инфаркта миокарда с последующим урежением ритма и переходом в асистолию

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику ведения. Определите показания и противопоказания к тромболизису.
4. Составьте план лечения.
5. Перечислите препараты неотложной помощи при отёке лёгких

**Задача № 18**  
**(ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11)**

Больной, 40 лет; ранее не предъявлял ни каких жалоб. Внезапно появилась интенсивная, нарастающая, сжимающая боль в левой половине грудной клетки, слабость. Через полчаса начала нарастать одышка. Объективно: цианоз губ, ортопноэ, ЧДД- 34 в минуту. В лёгких над нижними отделами выслушивается множество влажных разнокалиберных хрипов. Тоны сердца приглушены, ритмичны с ЧСС- 90 уд. в минуту. АД- 130/80 мм рт ст.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику ведения. Определите показания и противопоказания к тромболитису.
4. Составьте план лечения.
5. Перечислите препараты неотложной помощи при отёке лёгких

### **Задача № 19** **(ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10)**

Больная 60 лет, 2 года назад перенесла инфаркт миокарда, после чего отмечала приступы загрудинной боли при подъёме на 3-й этаж. Час назад в покое возник приступ сердцебиения, появились интенсивные загрудинные боли, которые не прошли после повторного применения нитроглицерина, слабость, одышка. Объективно: В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца расширены влево на 2 см, тоны приглушены, аритмичны, ЧСС-140 в минуту, пульс- 94 в минуту, АД – 100/70 мм рт. ст. По ЭКГ: ритм фибрилляции предсердий с ЧСС – 140 в минуту, депрессия сегмента ST на 3 мм ниже изолинии и отрицательные глубокие и широкие зубцы T в отведениях V1- V4.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику ведения пациента в зависимости от длительности фибрилляции предсердий.
4. Составьте план лечения.

### **Задача №20** **(ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11)**

У больной 52 лет диагностирован острый инфаркт миокарда давностью около суток, на фоне которого развилась частая желудочковая экстрасистолия. На мониторе периодически появляются ранние экстрасистолы типа "R" на "T". В отведениях I, aVL, V1-3 зубцы QS и подъем ST выше изолинии, в отведениях V5-V6 отсутствуют зубцы Q.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику ведения.
4. Составьте план лечения.
5. Перечислите препараты неотложной помощи при желудочковой тахикардии.

### **Задача № 21** **(ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10)**

У больного 77 лет последние 2 дня возникали приступы жгучих загрудинных болей в покое и при небольшой нагрузке, приступы купировались повторным приёмом нитроглицерина. 3 часа назад развился затяжной (1 час) приступ загрудинных болей, который не купировался нитроглицерином, а прошёл только после введения промедола в/венно. По ЭКГ: Ритм синусовый с ЧСС – 60 в минуту, PQ- 0,26 с. В отведениях II, III, AVF - регистрируются глубокие широкие отрицательные зубцы T.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику ведения.
4. Составьте план лечения.

#### **Задача № 22**

**(ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11)**

Мужчина 50 лет, 3 недели назад перенес крупноочаговый инфаркт миокарда. С 3-го дня самочувствие удовлетворительное. АД 140/90 мм рт. Ст., пульс 70 уд в минуту. На 20-й день появились боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании. В анализе крови СОЭ 35 мм/час, эозинофилия до 10%.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику ведения.
4. Составьте план лечения.

#### **Задача № 23**

**(ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11)**

Мужчина 64 лет, курит. Ранее при нагрузке отмечал дискомфорт в нижней части грудины, к врачам не обращался. Сегодня после физической нагрузке (поднимал мешок с цементом) появилась интенсивная боль за грудиной, подложечной области, продолжительностью более 30 минут, сопровождающаяся резкой слабостью, холодным потом, однократно была рвота. Принимал пенталгин и соду без эффекта. Боль сохранялась, присоединилось головокружение, спутанность сознания. Вызвал скорую помощь, при осмотре выявлена брадикардия до 32 в минуту.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику ведения. Определите показания и противопоказания к тромболизису.
4. Составьте план лечения.
5. Перечислите препараты неотложной помощи при отёке лёгких

#### **Задача № 24**

**(ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10)**

Больной 56 лет, в анамнез 5 лет назад инфаркт миокарда, 2 недели назад перенес крупноочаговый инфаркт миокарда передней стенки, тромболизис не проводился. Ангинозные боли не рецидивировали, был переведен в кардиологический санаторий. После прогулки почувствовал резкую слабость, сердцебиение, дискомфорт за грудиной. При осмотре состояние тяжелое, бледный, акроцианоз, дыхание жесткое, влажные хрипы в нижних отделах. ЧСС 175 в минуту, АД 90/60 мм рт ст. По ЭКГ тахикардия с широкими комплексами QRS с ЧСС 175 в минуту, имеются сливные комплексы. Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику ведения. Определите показания и противопоказания к тромболизису.
4. Составьте план лечения.
5. Перечислите препараты неотложной помощи при отёке лёгких

#### **Задача №25**

**(ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11)**

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:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику ведения. Определите показания и противопоказания к тромболитису.
4. Составьте план лечения.
5. Перечислите препараты неотложной помощи при отёке лёгких

**Задача № 26**  
**(ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10)**

У больного боли в эпигастрии, слабость, утомляемость. В анамнезе язвенная болезнь 12-перстной кишки. Кожные покровы бледные, при пальпации отмечается болезненность в эпигастрии. Печень и селезенка не пальпируются. Нв 90 г/л, эр. 3,5, ц.п. 0,77, тромб. 195 тыс. Общий билирубин 12 мкмоль/л, сывороточное железо 4,5 мкмоль/л. Анализ кала на скрытую кровь положительный. Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику ведения.
4. Составьте план лечения.

**Задача № 27**  
**(ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10)**

Больная, 60 лет, доставлена в клинику без сознания. Со слов родственников, в течение нескольких лет жаловалась на нарастающую слабость, одышку, плохой аппетит, парестезии в нижних конечностях, изменение походки, ухудшение аппетита, бледность (за медицинской помощью не обращалась).

Объективно: состояние очень тяжелое, сознание отсутствует. Кожные покровы бледные, субиктеричные, отеки стоп, голеней. Органы дыхания - без особенностей. Сердце несколько расширено влево и вправо, тоны глухие, нерезкий систолический шум над верхушкой, ритм правильный. ЧСС 100 ударов в минуту. АД 90/60 мм рт.ст. Язык малиновый со сглаженными сосочками. Живот мягкий, печень увеличена на 3 см, мягкая, селезенка не пальпируется. В анализе крови: гемоглобин 30 г/л, эритроциты 0,9 цветовой показатель 1,3. Анизоцитоз, макроцитоз, тельца Жолли и кольца Кебота. Имеется лейко- и тромбоцитопения. В формуле - полисегментированные нейтрофилы. СОЭ 60 мм. Анализы крови на сахар и мочевины в пределах нормы. На ЭКГ - синусовая тахикардия, отрицательные зубцы Т в первом и втором стандартных отведениях.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику ведения.
4. Составьте план лечения.

**Задача №28**  
**(ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10)**

Больной, 52 года, поступил в стационар с абсцедирующей пневмонией в нижней доле слева. Внезапно появилась резкая боль в груди, одышка, которая начала быстро прогрессировать.

Объективно: над нижней долей слева перкуторный звук – тимпанит, дыхание резко ослаблено.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.

3. Определите тактику ведения.
4. Составьте план лечения.

### Раздел «Хирургия»

#### Задача 1. (ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Больной 32 лет доставлен на третий день от начала заболевания. После приема алкоголя через четыре часа появились сильные боли в верхней половине живота опоясывающего характера, многократная рвота, не приносящая облегчения, слабость. Состояние больного тяжелое, заторможен, склеры слегка иктеричны, пульс 110 ударов в минуту, АД 70/40 мм рт. ст. Язык сухой, живот вздут, при пальпации отмечается резкая болезненность в верхних отделах живота, аускультативно перистальтика не определяется. Положительны симптомы Грей-Тернера, Кулена, Мондора, Воскресенского, Мейо-Робсона. Сиптом Щеткина-Блумберга отрицательный. Диастаза мочи 154 мг/с л.

1. Какой предварительный диагноз можно поставить?
2. Какими специальными методами исследования диагноз можно уточнить?
3. Можно ли ограничиться выжидательной тактикой?
4. Какая консервативная терапия показана?
5. Показано ли оперативное лечение, когда и какое?

#### Задача 2. (ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Больной 32 лет четвертый день находится в хирургическом отделении с острым панкреатитом. Несмотря на проводимую интенсивную терапию, положительной динамики в течении заболевания не отмечается. Температура 38, лейкоцитоз 18000, амилаза крови 22 мг/с л. Пульс 120 в минуту. Язык сухой. Живот вздут, болезненный в эпигастрии и по правому боковому каналу. Здесь же положительные перитонеальные симптомы. Перистальтика не выслушивается.

1. О каком осложнении можно думать?
2. В чем заключается оперативное пособие на поджелудочной железе?
3. Необходимо ли вмешательство на желчных путях?
4. Какие мероприятия необходимо провести перед зашиванием брюшной полости?
5. Какую консервативную терапию необходимо назначить в послеоперационном периоде?

#### Задача 3. (ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Больная 36 лет поступила на четвертый день от начала заболевания. Анамнез и клиническая картина в момент осмотра не вызывают сомнения в том, что у больной острый аппендицит. Но в правой подвздошной области отчетливо пальпируется плотное образование размерами 10×12 см, прилегающее к гребню подвздошной кости. Данное образование болезненное. Общее состояние больной удовлетворительное, перитонеальные симптомы отрицательные.

1. Предварительный диагноз?
2. Дополнительные методы исследования, необходимые для уточнения диагноза?
3. Показана ли консервативная терапия? Какая?
4. Показана ли операция? Когда и какая?
5. Какие рекомендации необходимо дать больному при выписке?

#### Задача 4. (ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

У больного, оперированного по поводу острого флегмонозного аппендицита 7 дней назад, поднялась температура. Она носит гектический характер. Болей в области послеоперационной раны больной не отмечает. Жалуется на болезненность в конце акта мочеиспускания, частые позывы на дефекацию. Язык суховат. Пульс 110 ударов в минуту.

Живот принимает участие в акте дыхания, мягкий при пальпации, болезненный в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Лейкоцитоз 18000. В области раны воспалительной реакции нет.

1. О каком осложнении можно думать?
2. Какие исследования следует применить для уточнения диагноза?
3. Какова тактика при лечении этого осложнения?
4. Если показано оперативное лечение, то опишите технику операции?
5. Если показано консервативное лечение, то опишите какое?

#### **Задача 5. (ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8)**

У больной на 9 сутки от начала заболевания и на 5 сутки после поступления в больницу с аппендикулярным инфильтратом усилились боли в правой подвздошной области. Температура приняла гектический характер. Объективно: язык влажный, пульс 100 ударов в минуту. Живот мягкий, болезненный в правой подвздошной области, где определяется инфильтрат, который увеличился в размерах и стал более болезненным, над ним определяется положительный симптом Менделя. При исследовании прямой кишки пальцем наведения передней стенки не обнаружено.

1. Какое осложнение наступило у больной?
2. Какова тактика хирурга?
3. Если показано оперативное лечение, опишите методику операции.
4. Если показана консервативная терапия, перечислите направления.
5. Какие рекомендации необходимо дать больному при выписке?

#### **Задача 6. (ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8)**

Больной 42 лет поступил по скорой помощи с жалобами на схваткообразные боли в животе, тошноту, рвоту, стула нет, газы не отходят. Болен в течении суток. В анамнезе 4 года назад аппендэктомия. Состояние средней тяжести, беспокоен. PS-100 уд. в 1 мин. Язык сухой обложен белым налетом. Живот вздут, больше в мезогастрии, участвует в акте дыхания. При пальпации напряжен в мезогастрии, болезненный. Перитониальные симптомы отрицательные. Перкуторно: тимпанит в нижних отделах. Аускультативно: перистальтика ослаблена, "шум плеска".

1. О каком заболевании вы подумаете?
2. Какие дополнительные исследования нужно провести?
3. В каком лечении больной нуждается?
4. Показания к оперативному лечению?

#### **Задача 7. (ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8)**

Больная 68 лет поступила по скорой помощи спустя неделю от начала заболевания. Жалобы: на задержку стула, вздутие живота, ноющие боли по всему животу, газы не отходят. В течении последних двух лет беспокоят запоры, принимает слабительные. Состояние средней тяжести. PS-92 уд. в 1 мин. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот равномерно вздут, в акте дыхания участвует. При пальпации мягкий, малобезболезненный по ходу толстого кишечника. Перкуторно: тимпанит во всех отделах. Аускультативно перистальтика ослабленная, патологические шумы не выслушиваются. При ректальном исследовании ампула пустая. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

1. О каком заболевании вы подумали?
2. Какие дополнительные методы исследования нужно провести.
3. Какие специальные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
4. В каком лечении больная нуждается?

### **Задача 8. (ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8)**

Больной Р. 18 лет, астенического телосложения доставлен из дома бригадой скорой помощи. 1,5 часа назад внезапно возникли сильные боли по всему животу, постоянные, резко усиливающиеся при малейшем движении, тошнота. Рвоты не было. Дыхание поверхностное. Язык влажный, живот не вздут, значительно напряжен во всех отделах, болезнен при пальпации в нижней половине, симптомы Менделя и Щеткина-Блюмберга положительны по всему животу, резко выражены в нижней половине.

T-38,3°C, Пульс – 100 уд. В 1 мин., АД – 115/70, ЧДД – 20 в 1 мин.

Лейкоцитоз –  $16 \cdot 10^9$ /л, Общий анализ мочи – белок 0,033 г/л, Л- 2-4 в п/зр, Эр – нет.

Болен трое суток. Ранее ничем не болел. Боли начались по всему животу, сопровождались тошнотой, через 10-12 часов уменьшились по интенсивности, локализовались в гипогастрии и правой подвздошной области, нарушений мочеиспускания не было. Последующее время сохранялось недомогание, боли были незначительные, несколько усиливались при ходьбе, вечерами T-37,2°C, стул учащен - 2 раза в день, неоформленным калом. Принимал таблетки Анальгин, No-Spa, Фталазол. За медицинской помощью не обращался.

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. С какими заболеваниями требуется проведение дифференциальной диагностики?
3. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?
4. Как может быть сформулировано обоснование показаний для операции?
5. Какая необходима предоперационная подготовка?
6. Каков предполагаемый доступ и объем вмешательства?
7. Существует ли вероятность потребности в проведении последующих планируемых лапароскопий? Когда ставятся окончательные показания для их проведения?
8. Какие антибактериальные средства необходимо назначить?

### **Задача 9. (ОПК-4, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8)**

Больная З. 68 лет, ожирение 2 степени, страдающая инсулинозависимым сахарным диабетом средней тяжести. Утром на 7 день после грыжесечения по поводу ущемленной правосторонней паховой грыжи с резекцией 80 см подвздошной кишки с анастомозом "бок-в-бок" жалуется на недомогание, нерезкие боли по всему животу, тошноту, позывы на рвоту. О появлении болей в животе и ухудшении самочувствия с 15 часов накануне дежурному врачу не сообщила.

В послеоперационном периоде сброс по желудочному зонду застойного содержимого прекратился на 4 день, стул был скудный на 5 день после медикаментозной стимуляции и повторной очистительной клизмы.

После краткого, часто односложного ответа на вопросы закрывает глаза. Язык сухой, живот вздут, напряжение достоверно не определяется, болезнен во всех отделах, больше справа. Во всех отделах слабо положительны симптомы Менделя и Щеткина-Блюмберга, перистальтика резко ослаблена. П-116 в 1 мин., АД – 100/60 мм рт. ст., ЧДД – 24 в 1 мин. Лейкоцитоз –  $9,2 \cdot 10^9$ /л, Глюкоза крови 16 ммоль/л. Утренняя порция мочи менее 50 мл. По зонду выделилось около 600 мл застойного содержимого.

1. О каком осложнении следует думать в этой ситуации? Как сформулировать клинический диагноз?
2. Что послужило причиной возникновения осложнения?
3. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?
4. Какое мероприятие, проведенное во время операции по поводу кишечной непроходимости, может значительно снизить риск и тяжесть послеоперационных осложнений (пареза кишечника, несостоятельность анастомозов, послеоперационного перитонита)?

5. Какая необходима предоперационная подготовка?
6. Каков предполагаемый доступ и объем вмешательства? Существует ли вероятность потребности в проведения последующих планируемых лапароскопий? Когда ставятся окончательные показания для их проведения? Что является показанием к проведению планируемых лапароскопий?
7. Каков прогноз в данном случае?

#### **Задача 10. (ОПК-4, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8)**

Больной С., 46 лет, доставлен бригадой скорой помощи. Жалобы на боли в правой половине грудной клетки, эпигастральной области, правом подреберье, недомогание, одышку, ознобы, повышение  $T^0$  до  $38,7^{\circ}\text{C}$  ежедневно вечерами в течение недели. Болен около 2-х недель. О характере болей в начале заболевания и о времени начала заболевания сообщить ничего не может - злоупотреблял алкогольными напитками.

Состояние тяжелое, среднего роста, астенического телосложения, бледен, кожа и склеры субиктеричны. Дыхание ослаблено в нижних отделах справа, имеются единичные влажные хрипы. Язык влажный, живот несколько вздут, в дыхании участвует, мягкий. Пальпаторно незначительно болезнен в правом подреберье и эпигастральной области, где пальпируется инфильтрат или резко увеличенная печень (по Курлову - 22-11-10), верхняя граница на уровне 5 ребра. Перитонеальные симптомы отрицательны, симптомы острого холецистита положительны. Перистальтика удовлетворительная.

При обзорной рентгенографии справа незначительное количество жидкости в синусе, в брюшной полости под правым куполом диафрагмы определяется широкий (20-24см) уровень жидкости, остающийся в пределах инфильтрата в положении на левом боку. УЗИ - газ и жидкость в правом поддиафрагмальном пространстве, желчный пузырь с уплотненной стенкой, поджелудочная железа не увеличена, однородна по структуре, несколько уплотнена. ФГС - рубцовая деформация луковицы ДПК.

$T$ -  $38,7^{\circ}$ ,  $P$ -88 в 1 мин., АД - 120/90 мм.рт.ст.,  $L$ -  $12,6 \cdot 10^9$ /л.

1. Какой наиболее вероятный диагноз?
2. Требуется ли дополнительное обследование?
3. Каковы наиболее вероятные причины текущего состояния?
4. Как формулируются показания к хирургическому вмешательству?
5. Какая операция показана?
6. Какие вероятны осложнения?
7. Послеоперационное лечение?
8. Прогноз.

#### **Задача 11. (ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8)**

Больной 64 лет доставлен через 4 часа после заболевания. В сознании, жалобы на резкие боли и опухоль в правой паховой области, появившиеся при приступе кашля, у больного с бронхитом курильщика. Была однократная рвота. При осмотре: в правой паховой области выше паховой связки имеется образование  $10 \times 6$  см, при пальпации резко болезненное, туго эластичной консистенции, перкуторно под ним тимпанит. В остальных отделах живот мягкий, болезненный вокруг образования. При аускультации перистальтика усилена.

1. Какие дополнительные признаки вам необходимы для уточнения диагноза?
2. Какую лечебную тактику вы выберете?
3. Если вы решите больного оперировать, то в чем заключаются особенности оперативного вмешательства?
4. Какие приемы и манипуляции помогут вам в оценке сложившейся ситуации и избежании осложнений?

5. Окончательный клинический диагноз. Лечение, прогноз для жизни и трудоспособности?

**Задача 12. (ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8)**

У больного 36 лет 2 часа назад внезапно появились резкие боли в эпигастрии, а затем по всему животу. В течение нескольких лет беспокоили изжога, периодически боли натошак. Не обследовался, не лечился. Состояние больного средней тяжести. Положение вынужденное с приведенными к животу ногами. Пульс 80 уд. в 1 мин. Живот в дыхании не участвует, напряжен, болезненность по всему животу. Симптом Щеткина положительн.

1. О каком заболевании вы думаете?
2. Какое осложнение наступило у больного?
3. Какие дополнительные исследования нужно провести?
5. В каком лечении больной нуждается?
6. Если вы решите больного оперировать, то какие операции возможны и чем обусловлен ваш выбор?

**Задача 13. (ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8)**

Больной 43 лет, доставленный в срочном порядке, жалуется на боли в эпигастриальной области и правой половине живота. Заболел внезапно 5 часов назад, когда появились резкие боли в эпигастрии. Была однократная рвота. Через час боли распространились в правую половину живота. Боли в эпигастрии стали не такими резкими. Пульс 100 уд. в 1 мин, ритмичный, язык сухой. Живот напряжен болезненный в эпигастрии и больше в правой подвздошной области. Симптом Щеткина-Блюмберга слабо положительн в эпигастрии, более резко в правой подвздошной области. Аппендикулярные симптомы положительные. Притупление в отлогих местах не выражено. Перистальтика кишечника резко ослаблена. Печеночная тупость сглажена.

1. О каком заболевании вы подумаете?
2. С какими заболеваниями надо провести дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные методы необходимо использовать ?
4. Если вы считаете, что больного надо оперировать, то каким доступом вскроете брюшную полость и в чем будет заключаться операция?

**Задача 14. (ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8)**

Больной 48 лет обратился с жалобами на общую слабость, головокружение, рвоту цвета "кофейной гущи", дважды был жидкий стул, кал черного цвета. Заболел 2 суток назад. Заболевание связывает с нарушением в питании и физической нагрузкой. В прошлом отмечает изжогу, боли в эпигастрии после приема алкоголя и грубой пищи. Не обследовался, не лечился. Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледноватые. Пульс 100 уд. в 1 мин, ритмичный. АД 100/60 мм рт.ст. Живот мягкий умеренная болезненность в эпигастрии. Вены брюшной стенки не расширены. Нв-70 г/л.

1. О каком осложнении вы подумали?
2. Что могло быть источником кровотечения?
3. Какие исследования необходимо провести для выяснения источника кровотечения?
4. Какие методики наряду с медикаментозной терапией существуют для остановки кровотечения?
5. Что может быть показанием к хирургическому вмешательству и какие операции применяются для остановки кровотечения?

**Задача 15. (ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8)**

Больной 48 лет обратился с жалобами на общую слабость, чувство тяжести в эпигастрии после приема пищи, обильную рвоту съеденной пищей чаще в конце дня.

Страдает язвенной болезнью в течение 10 лет. 2 года назад оперирован по поводу прободной язвы, произведено ушивание перфорации. Похудел за последние месяцы на 5 кг. Состояние средней тяжести. Обезвожен. При осмотре в эпигастрии отмечается выбухание брюшной стенки. Положителен симптом «шум плеска».

1. О каком осложнении язвенной болезни вы подумаете?
2. Какие методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Какие необходимо провести исследования для оценки состояния больного?
4. Какие методы коррекции внутренней среды необходимо провести?
5. Какое лечение показано больному? Если вы решите оперировать, то какие операции производятся при данном осложнении?

#### **Задача 16. (ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8)**

У больного 25 лет после приема большой дозы алкоголя появилась многократная рвота. В начале рвотных массах были остатки съеденной пищи, светлая жидкость, затем появилась примесь алой крови. Ранее болей, связанных с приемом пищи, изжоги не было.

Состояние средней тяжести. Кожные покровы слегка бледноватые. Пульс 100 уд. в 1 мин, ритмичный. Язык суховат. Живот мягкий, слегка болезненный в эпигастрии. Симптомов раздражения брюшины нет. Печеночная тупость сохранена. Нв-120 г/л.

1. О каком заболевании вы подумали?
2. Что могло быть наиболее возможным источником кровотечения?
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Какие существуют методики для остановки кровотечения, если нет показаний к срочной операции?

#### **Задача 17. (ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8)**

Больной 73 лет, поступил в срочном порядке с жалобами на тупые боли в правом подреберье, желтуху, обесцвеченный кал. 3 дня назад были сильные боли в правом подреберье, которые значительно уменьшились после приема спазмолитиков. На следующий день после приступа болей появилась желтуха. Перитонеальных симптомов нет.

1. С какими заболеваниями нужно проверить дифференциальную диагностику?
2. План обследования больной?
3. План консервативной терапии, показания к операции?
4. Какие обязательные манипуляции будут проведены во время операции?

#### **Задача 18. (ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8)**

Больная 60 лет, поступила в приемное отделение в срочном порядке с жалобами на сильную боль в эпигастрии иррадиирующую в правую лопатку, тошноту, многократную рвоту. Заболела 6 часов назад после приема пищи. В анамнезе язвенная болезнь ДПК.

Перитонеальные симптомы слабо положительные в правом подреберье.

1. Какие заболевания могут сопровождаться вышеуказанными симптомами?
2. Необходимый минимум лабораторных и инструментальных исследований для постановки диагноза?
3. План консервативной терапии, показания к операции,

#### **Задача 19. (ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8)**

У больной, поступившей в клинику с острым холециститом, в последние 3 дня появились ознобы, температура повысилась до 38 С, появилась желтуха. Боли в животе не усилились, явлений перитонита нет.

1. О каком осложнении можно думать?
2. Какие лабораторные и инструментальные методы необходимы для постановки диагноза?
3. Имеются ли показания к лапароскопии?
4. Какова лечебная тактика?

#### **Задача 20. (ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8)**

Больной 67 лет поступил с жалобами на умеренно выраженные боли и отечность в правой голени. Правая голень отечна, синюшна, отмечается "полнокровие" подкожных вен и умеренная болезненность на задней поверхности голени. Активные движения в пальцах и чувствительность сохранены. Пульс на a. dorsalis pedis и a. tibialis post. ослаблен. Симптом Хоманса положителен.

1. Ваш диагноз?
2. Как подтвердить поставленный диагноз?
3. Дифференциальная диагностика?
4. План лечения?
5. Профилактика заболевания?

#### **Задача 21. (ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8)**

Больная 36 лет поступила с жалобами на появляющуюся при ходьбе боль, чувство жара или жжения в нижней конечности, особенно в икроножных мышцах, повышение температуры до 37,8 С. Болеет вторые сутки. По ходу варикозно расширенных вен пальпируются плотные, болезненные тяжи, выступающие на поверхности гиперемированной, отечной кожи. Регионарные паховые лимфоузлы уплотнены, увеличены, умеренно болезненны.

1. Ваш диагноз?
2. План дополнительного обследования?
3. Показана ли флебэктомия в настоящее время?
4. Производятся ли при этом заболевании операции?
5. В чем заключается консервативное лечение?

### **Раздел «Акушерство»**

#### **ЗАДАЧА 1 (ОК-4, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-12)**

Через 30 минут после начала второго периода родов у повторнородящей появились кровянистые выделения из половых путей. АД 120/65 мм.рт.ст. Схватки через 2-3 минуты по 50-55 секунд. Матка плохо расслабляется вне схватки, болезненна при пальпации в нижнем сегменте, размеры большого таза 25-28-31-18 см. Сердцебиение плода глухое, 160 ударов в минуту. Попытка произвести катетеризацию мочевого пузыря женщины не удалась из-за механического препятствия. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное; головка плода прижата ко входу в малый таз, на головке большая родовая опухоль. Сагиттальный шов отклонён кпереди, достигаются большой и малый роднички, расположенные на одном уровне.

**Поставьте диагноз:**

**Ваша тактика:**

**Ответьте на вопросы (один правильный ответ):**

**1. Назовите основной признак начала второго периода родов:**

- A. Появление потуг;
- B. Излитие околоплодных вод;



- C. Полное открытие маточного зева;
- D. Вставление головки плода во вход в малый таз.

**2. Средняя продолжительность второго периода родов у повторнородящих:**

- A. 0,5 Ч.
- B. 0,5-1 Ч,
- C. 1-1,5 Ч.
- D. 1,5-2 Ч.

**3. Какой симптом является ведущим в диагностике функционально (клинического) узкого таза?**

- A. Отсутствие поступательного движения головки плода, стоящей во входе в малый таз при наличии хорошей родовой деятельности;
- B. Положительный признак Вастена или признак Вастена "вровень";
- C. Задержка мочеиспускания;
- D. Отек шейки матки и наружных половых органов;

**4. Задний асинклитизм Литцмана это**

- A. Стреловидный шов отклонен кзади;
- B. Стреловидный шов на одинаковом удалении от крестца и симфиза;
- C. Стреловидный шов отклонен кпереди;
- D. Любой вариант из перечисленного.

**5. Совершенно противопоказано в данной ситуации:**

- A. Закончить роды путём наложения акушерских щипцов;
- B. Краниотомия;
- C. Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте;
- D. Корпоральное кесарево сечение.

**ЗАДАЧА 2 (ОК-4, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-12)**

В послеродовом отделении находится роженица 25 лет. Роды произошли в срок, 2 дня назад, осложнились плотным прикреплением последа. Проведена операция ручного отделения и выделения последа. Жалобы на озноб, повышение температуры, боли внизу живота. объективно: состояние средней тяжести, температура 38,3°С, пульс 96 уд в минуту. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, незначительно болезненный в нижних отделах. Дно матки на уровне пупка. Лохии кровянистые, в небольшом количестве. Молочные железы в состоянии умеренного нагрубания.

**Поставьте диагноз:**

**Ваша тактика:**

**Ответьте на вопросы (один или несколько правильных ответов):**

**1. Первый этап распространения инфекции в послеродовом периоде:**

- A. Сепсис.
- B. Тромбофлебит;
- C. Параметрит;
- D. Эндометрит;

**2. Какие микроорганизмы наиболее часто вызывают послеродовые гнойно-септические осложнения:**

- A. Стрепто- и стафилококки
- B. Энтерококки;
- C. Спорообразующие анаэробы;
- D. Неспорообразующие анаэробы;

**3. Ультразвуковая картина матки при осложнённом течении послеродового периода:**

- A. Увеличение объёма матки;
- B. Увеличение переднезаднего размера матки;

- C. Расширение полости матки;
- D. Определение экзоструктур без чётких контуров;

**4. Комплексное лечение послеродового эндометрита включает:**

- A. Антибиотики широкого спектра действия;
- B. Утеротонические препараты;
- C. Дезинтоксикация;
- D. Эстроген-гестагенные препараты;

**5. При недостаточной эффективности консервативного лечения применяется:**

- A. Вакуум-аспирация содержимого матки
- B. Бережный кюретаж
- C. Аспирационно-промывное дренирование
- D. Любой из выше перечисленных

**ЗАДАЧА 3 (ОК-4, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-12)**

В родильном зале находится роженица 31 года. Роды вторые, в срок. В анамнезе 3 медаборта, через 3 месяца после последнего аборта наступила настоящая беременность. Родовая деятельность развивалась удовлетворительно, и через 8 часов 20 минут родилась живая девочка массой 3600г. Во время прорезывания головки с целью профилактики кровотечения введено 1,0 метилэргометрина на 20,0 мл 40% раствора глюкозы. Через 15 минут после рождения ребёнка признаков отделения последа нет, кровотечения нет. Через 35 минут АД 120/80, 125/80 мм.рт.ст, пульс 76 уд.в мин.. Признаки отделения плаценты отсутствуют, кровотечения нет.

**Поставьте диагноз:**

**Ваша тактика:**

**Ответьте на вопросы (один правильный ответ):**

**1. Тактика ведения третьего периода родов зависит от всех, перечисленных ниже факторов, кроме:**

- A. Величины кровопотери;
- B. Наличия признаков отделения плаценты;
- C. Продолжительности последового периода;
- D. Продолжительности первого периода родов.

**2. Задержкой отделения плаценты считается ситуация, когда после рождения плода послед не родился через:**

- A. 15 минут;
- B. 30 минут;
- C. 1,5 часа;
- D. 2 часа.

**3. Развитию аномалии прикрепления плаценты способствует всё, кроме:**

- A. Гипотрофия эндометрия;
- B. Гестоз.
- C. Искусственные аборты в анамнезе;
- D. Перенесённый эндометрит;

**4. Нарушение процесса отделения плаценты в третьем периоде родов может быть обусловлено:**

- A. Placenta adhaerens
- B. Placenta accreta;
- C. Placenta increta;
- D. Всё перечисленное.

**ЗАДАЧА 4 (ОК-4, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-12)**

У роженицы 19 лет схватки начались 10 часов назад. Беременность вторая, первая закончилась выкидышем в 9 недель беременности. Схватки через 5-6 минут по 30 секунд, слабые. Роженица утомлена, дремлет между схватками. Объективно: рост 163 см, вес 65 кг. Размеры таза нормальные. А/Д 110/70, 115/70 мм рт. ст. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 ударов в минуту. Воды целы. Предполагаемая масса плода 3400 грамм. Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка сглажена, края мягкие, растяжимые, открытие зева 4 см. Плодный пузырь цел, во время схватки наливается слабо. Головка прижата ко входу в таз. Стреловидный шов в правом косом размере таза, малый родничок слева у лона. Мыс не достигается.

**Поставьте диагноз:**

**Ваша тактика:**

**Ответьте на вопросы (один или несколько правильных ответов):**

**1. Какое осложнение имеет место в данном случае:**

- A. Первичная слабость родовых сил;
- B. Вторичная слабость родовых сил;
- C. Затяжная латентная фаза родов;
- D. Дискоординированная родовая деятельность.

**2. Какие методы позволяют подтвердить клинический диагноз:**

- A. Партограмма;
- B. Кардиотокография;
- C. Гистерография;
- D. Кардиотахография.

**3. Осложнения, наблюдаемые при слабости родовой деятельности:**

- A. Преждевременное излитие околоплодных вод;
- B. Затяжные роды;
- C. Гипоксия плода;
- D. Акушерские кровотечения.

**4. Консервативная акушерская тактика:**

- A. Акушерский сон 2-3 часа;
- B. Вскрытие плодного пузыря;
- C. Введение окситоцина после акушерского сна;
- D. Начать лечение с внутривенного капельного введения окситоцина.

**5. Возможные показания к операции кесарево сечение:**

- A. Неэффективность родостимуляции;
- B. Продолжительное замедление ЧСС у плода;
- C. Аритмия у плода;
- D. Повышение температуры тела у роженицы.

**ЗАДАЧА 5 (ОК-4, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-12)**

Первородящая 23 лет доставлена бригадой скорой помощи в родильный дом после припадка эклампсии, который произошел дома. Беременность 37-38 недель, состояние тяжелое, сознание заторможено. Кожные покровы бледные, отмечаются выраженные отеки ног. АД 150/100мм.рт.ст., пульс 98 уд/мин.

**Поставьте диагноз:**

**Ваша тактика:**

**Ответьте на вопросы (один или несколько правильных ответов):**

**1. Какой комплекс неотложных лечебных мероприятий следует провести этой больной в условиях родильного дома:**

- E. Ввести гипотензивные, нейролептические и седативные средства;

- F. Начать комплексную инфузионную терапию;
- G. Перевести больную на искусственную вентиляцию лёгких;
- H. Использовать методику форсированного диуреза.

**2. Определите оптимальную в данном случае тактику ведения беременной:**

- E. Пролонгировать беременность на фоне комплексной патогенетически обоснованной терапии гестоза;
- F. Произвести амниотомию, начать родовозбуждение путём внутривенного капельного введения окситоцина;
- G. Создать витаминно-гормонально-кальциевый фон, провести профилактику внутриутробной гипоксии плода;
- H. Родоразрешить женщину путём кесарева сечения в экстренном порядке.

**3. В отличие от эпилептического припадка для эклампсии характерно:**

- E. Прогрессирующее улучшение состояния больной сразу после припадка;
- F. Выраженные патологические изменения на глазном дне.
- G. Цианоз лица, прикусывание языка;
- H. Обязательная связь с беременностью.

**4. В отличие от эклампсии для диабетической комы характерно:**

- E. Падение артериального давления;
- F. Гиперемия лица, гипотония глазных яблок;
- G. Глубокое и частое дыхание;
- H. Гипопротеинемия, отсутствие кетоновых тел в моче, протеинурия.

**5. Летальный исход при эклампсии может быть связан с:**

- E. Кровоизлиянием в мозг;
- F. Дыхательной недостаточностью;
- G. Острой почечно-печеночной недостаточностью;
- H. Эмболией околоплодными водами.

**ЗАДАЧА 6 (ОК-4, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-12)**

Роженица родила доношенного мальчика массой 3600 гр с оценкой по шкале Апгар через 1 минуту 6 баллов и через 5 минут – 8 баллов. Кожные покровы цианотичные, мышечный тонус снижен, крик громкий после отсасывания слизи, ЧСС – 150 в минуту, частота дыхания 40 в минуту.

**Поставьте диагноз:**

**Ваша тактика:**

**Ответьте на вопросы (один или несколько правильных ответов):**

**1. Использование шкалы Апгар позволяет:**

- A. Оценить состояние новорожденного;
- B. Определить прогноз дальнейшего развития ребенка;
- C. Установить показания к проведению реанимационных мероприятий;
- D. Определить зрелость новорожденного.

**2. Через какой интервал времени после рождения производят клиническую оценку состояния новорожденного по шкале Апгар:**

- A. 1 мин;
- B. 3 мин;
- C. 5 мин;
- D. 10 мин.

**3. Укажите особенности метаболической адаптации новорожденного:**

- A. Активирование гликогенолиза и липолиза;
- B. Развитие метаболического ацидоза;
- C. Гипербилирубинемия;

D. Катаболическая направленность белкового обмена.

**4. Активирующее влияние на дыхательный центр новорожденного оказывают:**

- A. Гипоксемия и гиперкапния в родах;
- B. Тактильные раздражения;
- C. Метаболический ацидоз;
- D. Значительное понижение температуры окружающей среды после рождения плода.

**5. В каких мероприятиях нет необходимости в данном случае:**

- A. Сухое тепло;
- B. ИВЛ;
- C. Отсасывание слизи из верхних дыхательных путей;
- D. Введение раствора соды в сосуды пуповины.

**ЗАДАЧА 7 (ОК-4, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-12)**

В родильный дом машиной «скорой помощи» доставлена беременная 25 лет. Жалобы на жажду, плохой сон. В течение двух дней — головная боль, тошнота. Ухудшение состояния наступило 2 недели назад, от предложенной врачом женской консультации госпитализации отказалась в связи с переездом на другую квартиру.

Объективно: рост 163см, вес 78кг. Кожа чистая, бледная, одутловатость лица. Пульс 96 уд в мин, АД 160/110, 175/120 мм рт. ст. Матка соответствует сроку 33 нед. беременности (гестационный срок 35 недель). Положение плода продольное, предлежит головка, над входом в таз. Сердцебиение ритмичное, приглушено, 150 уд в мин. На передней брюшной стенке и голенях умеренные отеки. В моче белок 1,65 г/л

**Поставьте диагноз:**

**Ваша тактика:**

**Ответьте на вопросы (один или несколько правильных ответов):**

**1. Укажите основные патогенетические механизмы данного осложнения беременности:**

- A. Гиповолемия, нарушение микроциркуляции;
- B. Нарушение маточно-плацентарного кровообращения;
- C. Нарушение гемостаза, формирование хронического ДВС-синдрома;
- D. Изменение белкового и водно-электролитного баланса.

**2. Что отличает преэклампсию от тяжёлой формы нефропатии:**

- A. Уровень гипертензии;
- B. Формирование синдрома внутриутробной задержки развития плода;
- C. Степень протеинурии;
- D. Появление общемозговой симптоматики.

**3. Для терапии преэклампсии применяют:**

- A. Ганглиоблокаторы;
- B. Гипотензивные средства;
- C. Управляемая гемодилюция;
- D. Диуретики.

**4. Гипотензивная терапия при преэклампсии:**

- A. Сульфат магния
- B. Сульфат магния в сочетании с ганглиоблокаторами
- C. Спазмолитические средства
- D. Всё вышеперечисленное

**5. При отсутствии эффекта от терапии тяжёлой формы гестоза показано:**

- A. Увеличить количество препаратов;
- B. Увеличить дозы применяемых препаратов;
- C. Пролонгировать беременность до срока родов;
- D. Досрочное родоразрешение.

**ЗАДАЧА 8 (ОК-4, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-12)** Повторнородящая 32 лет поступила в родильный дом в 1-м периоде родов со схватками средней силы. Данная беременность IV-я, две предыдущие закончились искусственным абортom, третья - кесаревым сечением по поводу предлежания плаценты. Внезапно у роженицы появились сильные боли в животе, слабость, АД 80/50 мм.рт.ст., пульс 120 уд в ми. Из влагалища появились умеренные кровянистые выделения. Родовая деятельность прекратилась. При осмотре: сердцебиение плода не прослушивается, мелкие части определяются слева от средней линии живота.

**Поставьте диагноз:**

**Ваша тактика:**

**Ответьте на вопросы (один или несколько правильных ответов):**

**1. Перечислите факторы риска несостоятельности рубца на матке после кесарева сечения:**

- A. Осложнённое течение послеоперационного периода;
- B. Корпоральное кесарево сечение;
- C. Интервал между операцией кесарева сечения и настоящей беременностью менее 2-х лет;
- D. Выполнение кесарева сечения при преждевременных родах.

**2. Для оценки состояния рубца на матке после кесарева сечения используют (вне беременности):**

- A. Гистеросальпингографию;
- B. Эхографическое исследование матки;
- C. Гистероскопию;
- D. Лапароскопия.

**3. О несостоятельности рубца на матке после бывшего кесарева сечения могут свидетельствовать (во время беременности и родов):**

- A. Болезненность при пальпации рубца;
- B. Деформация рубца
- C. Спаянность рубца с подлежащими тканями;
- D. Ультразвуковые признаки несостоятельности рубца.

**4. Акушерская тактика в данном случае:**

- A. Противошоковая терапия.
- B. Глубокий наркоз
- C. Лапаротомия.
- D. Всё вышеперечисленное.

**5. Возможный объём операции при свершившемся разрыве матки?**

- A. Ушивание разрыва;
- B. Субтотальная гистерэктомия;
- C. Тотальная гистерэктомия;
- D. Любой из вышеперечисленных

**ЗАДАЧА 9 (ОК-4, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-12)**

Первобеременная 36 лет госпитализирована для обследования в отделение патологии беременности с диагнозом: беременность 34 нед., синдром задержки роста плода, хронический пиелонефрит. Во время настоящей беременности при сроке 21 и 29 недель было обострение пиелонефрита.

**Поставьте диагноз:**

**Ваша тактика:**

**Ответьте на вопросы (один или несколько правильных ответов):**

**1. Назовите факторы, предрасполагающие к развитию гестационного пиелонефрита:**

- A. Анатомические и функциональные особенности женских мочеполовых органов;
- B. Нарушение уродинамики верхних мочевых путей вследствие увеличения матки;
- C. Бессимптомная бактериурия у беременной и/или бессимптомная бактериоспермия у мужа;
- D. Инфекционные экстрагенитальные заболевания во время беременности.

**2. Для ранней стадии хронического пиелонефрита характерно?**

- A. Тупые боли в области почек;
- B. Дизурия;
- C. Повышенная утомляемость;
- D. Артериальная гипертензия, уремический синдром.

**3. Что характерно для клинического течения хронического пиелонефрита при беременности?**

- A. Непостоянство симптомов (транзиторная симптоматика);
- B. Высокая частота развития сочетанных форм гестоза;
- C. Повторное обострение заболевания;
- D. Наличие гипохромной анемии.

**4. Для диагностики пиелонефрита у беременных необходимо:**

- A. Повторное проведение общего анализа мочи и пробы по Нечипоренко;
- B. Определение содержания остаточного азота и мочевины в крови;
- C. Посев мочи и определение чувствительности флоры к антибиотикам;
- D. Ультразвуковое исследование почек для определения степени расширения почечных лоханок.

**5. При терапии пиелонефрита беременных противопоказано:**

- A. Применение бисептола;
- B. Обильное питье;
- C. Необоснованное инструментальное выведение мочи;
- D. Витамины.

**ЗАДАЧА 10 (ОК-4, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-12)**

Первобеременная 24 лет госпитализирована в хирургическое отделение многопрофильного стационара с диагнозом - Беременность 37-38 нед. Острый аппендицит.

**Ваша тактика:**

**Ответьте на вопросы (один или несколько правильных ответов):**

**1. Развитию аппендицита во время беременности способствуют:**

- A. Уменьшение объема брюшной полости вследствие увеличения матки;
- B. Смещение вверх слепой кишки и червеобразного отростка;
- C. Нарушение микроциркуляции в кишечнике;
- D. Наличие гипомоторной дискинезии кишечника.

**2. Акушерские ситуации, с которыми следует дифференцировать острый аппендицит у беременной:**

- A. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- B. Начало родовой деятельности;
- C. Гестационный пиелонефрит;
- D. Разрыв матки.

**3. Наиболее информативными признаками при установлении диагноза острого аппендицита у беременных являются:**

- A. Локальная болезненность;
- B. Симптомы раздражения брюшины;
- C. Нейтрофильный лейкоцитоз;
- D. Напряжение мышц передней брюшной стенки.

**4. Для выполнения аппендэктомии у данной больной целесообразно произвести:**

- A. Параректальную лапаротомию;
- B. Нижнебоковую лапаротомию (по Волковичу);
- C. Чревосечение по Пфанненштилю;
- D. Нижнесрединную лапаротомию.

**5. Хирургическая тактика в случае разлитого перитонита при данном сроке беременности:**

- A. Кесарево сечение, ушивание матки, аппендэктомия;
- B. Аппендэктомия, кесарево сечение;
- C. Удаление матки только при флегмонозном ее поражении;
- D. Аппендэктомия, пролонгирование беременности до родов.

**ЗАДАЧА 11 (ОК-4, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-12)**

У роженицы 33 лет схватки через 2-3 минуты по 50 секунд, сильные. Роды в срок, начались 4 часа назад, через 1 час отошли воды. Беременность шестая, роды вторые. В анамнезе 4 медаборта, последний осложнился кровотечением. Поступила 2 часа назад.

Объективно: рост 152 см. вес 65 кг., АД 130/80, 125/80 мм.рт.ст. Пульс 90 в мин. Размеры таза 27-28-30-18.5 см., окружность живота 105 см. ВДМ 38 см. Индекс Соловьева 16 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в таз. Сердцебиение ритмичное, 144 в мин. Признак Вастена вровень. Во время схватки роженица беспокойна, кричит. Пальпация нижнего сегмента болезненна. Влагалищное исследование: шейка сглажена, открытие зева 9 см. Передняя губа отечна. Головка прижата ко входу в таз. Большой родничок справа ниже малого. Стреловидный шов отклонен кзади. Диагональная конъюгата 11 см.

**Поставьте диагноз:**

**Ваша тактика:**

**Ответьте на вопросы (один правильный ответ):**

**1. Какая форма сужения таза у роженицы:**

- A. Общеравномерносуженный таз;
- B. Поперечносуженный таз;
- C. Общесуженный плоский таз;
- D. Плоскорахитический таз;

**2. Какие симптомы имеют значение в диагностике клинически узкого таза:**

- A. Отечность передней губы шейки матки;
- B. Расположение большого родничка ниже малого;
- C. Признак Вастена вровень;
- D. Верно А и В.

**3. Какой симптом характерны для угрозы разрыва матки:**

- A. Открытие маточного зева на 9 см;
- B. Отклонение саггитального шва кзади;
- C. Болезненность нижнего сегмента матки и беспокойное поведение роженицы
- D. Преждевременное излитие околоплодных вод.

**4. Как родоразрешить женщину**

- A. Операция краниотомия;
- B. Наложение акушерских щипцов;
- C. Экстренное кесарево сечение;
- D. Наложение вакуум экстрактора.

**ЗАДАЧА 12 (ОК-4, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-12)**

В родильном блоке находится первородящая 21 года. Роды срочные, продолжаются 10 часов. Схватки сильные, через 2-3 минуты, по 45 секунд. К схваткам присоединяются потуги.



Беспокоит головная боль. Объективно: рост 160 см. вес 48 кг. На передней брюшной стенке и голених умеренные отеки. АД 160/120, 170/120 мм.рт.ст. Пульс 90 в минуту. Положение плода продольное, предлежит головка, в полости малого таза. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 150 в минуту.

Влагалищное исследование: открытие зева полное, предлежит головка, стреловидный шов в правом косом размере таза, малый родничок слева кпереди. Пальпируется нижний край лонного сочленения и седалищные ости. Во время одной из потуг появились фибриллярные подергивания лица, рук, клонические и тонические судороги, потеря сознания. Из рта выделяется пена с примесью крови.

**Поставьте диагноз:**

**Ваша тактика:**

**Ответьте на вопросы (один правильный ответ):**

**1. Акушерская тактика:**

- A. Кесарево сечение;
- B. Акушерские щипцы;
- C. Вакуум экстракция плода;
- D. Краниотомия после приступа;

**2. Причины смерти роженицы при эклампсии:**

- A. Кровоизлияние в мозг;
- B. Почечно-печеночная недостаточность;
- C. Дыхательная недостаточность;
- D. Все перечисленное.

**3. Инфузионная терапия при тяжелом гестозе дозируется по следующему показателю:**

- A. Систолическое АД
- B. Диастолическое АД
- C. Пульс
- D. Почасовой диурез

**4. При экламптической коме нельзя:**

- A. ИВЛ;
- B. Бесконтрольная инфузионная терапия;
- C. Спинальная пункция;
- D. Глюкокортикоиды.

**4. Первая помощь при развитии судорог и комы:**

- A. Все нижеперечисленное.
- B. Повернуть голову роженицы в сторону;
- C. Использовать языкодержатель или шпатель;
- D. Аспирация содержимого полости рта.

**ЗАДАЧА 13 (ОК-4, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-12)**

В палате интенсивной терапии находится родильница 36 лет. Третьи сутки послеродового периода. В анамнезе 3 медаборта, 2 родов, последние закончились операцией кесарева сечения. Послеоперационный период протекал с высокой температурой. Настоящая беременность осложнилась пиелонефритом с неоднократными обострениями. Роды завершены операцией кесарева сечения, ребенок массой 3750 гр. С первых суток послеоперационного периода температура 38,6-37,9. Проводится антибактериальная терапия. При осмотре на третьи сутки послеоперационного периода: состояние ближе к тяжелому, температура 38,1, пульс 124 в минуту, АД 110/70, 110/60 мм.рт.ст., язык суховат обложен беловатым налетом. Живот вздут, не напряжен, болезненный (особенно в области послеоперационного шва). Симптом Щеткина-Блюмберга слабо положительный. Перистальтика кишечника не выслушивается. Матка болезненна при пальпации. Газы не

отходят. Проводимая стимуляция кишечника малоэффективна.

**Поставьте диагноз**

**Ваша тактика:**

**Ответьте на вопросы (один правильный ответ):**

**1. Какие патогенетические варианты перитонита после операции кесарева сечения могут быть:**

- A. Хориоамнионит;
- B. Несостоятельность швов на матке;
- C. Парез кишечника;
- D. Любой из перечисленных.

**2. Клинические признаки "раннего перитонита" после кесарева сечения:**

- A. Все верно.
- B. Психомоторное возбуждение;
- C. Жажда, сухость слизистых;
- D. Тахикардия.

**3. Наиболее важный клинический симптом в диагностике акушерского перитонита, обусловленного парезом кишечника:**

- A. Лихорадка;
- B. Болезненность матки;
- C. Патологические лохии;
- D. Рецидивирующий метеоризм;

**4. Объем операции по поводу перитонита после кесарева сечения:**

- A. Надвлагалищная ампутация матки;
- B. Тотальная экстирпация матки с маточными трубами, дренирование брюшной полости;
- C. Лапаротомия, дренирование брюшной полости;

**ЗАДАЧА 14 (ОК-4, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-12)**

В родильный дом доставлена первобеременная 20 лет с жалобами на плохой сон, жажду, головную боль, мелькание «мушек» перед глазами. Несколько раз была рвота. Объективно: рост 166 см, вес 83 кг. Кожа несколько бледная, одутловатость лица, отеки ног, передней брюшной стенки. Пульс 92 в мин., А/Д 175/115, 180/110 мм рт. ст. Матка увеличена соответственно 36—37 нед. Положение, плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в таз. Сердцебиение ритмичное, 132 удара в 1 минуту. Произведено влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка отклонена кзади, длиной до 2 см, плотной консистенции, зев закрыт. Предлежит головка, прижата ко входу в таз. После влагалищного исследования развился приступ судорог с потерей сознания.

**Поставьте диагноз:**

**Ваша тактика:**

**Ответьте на вопросы (один или несколько правильных ответов):**

**1. Что необходимо предпринять во время приступа:**

- A. Удерживать пациентку от падения и травмы;
- B. Ввести в рот языкодержатель;
- C. Ввести внутривенно реланиум;
- D. Дать фторотановый наркоз;

**2. Через какой промежуток времени от поступления в стационар показано родоразрешение у беременных с эклампсией:**

- A. Через 1 сутки;
- B. Немедленно после поступления;
- C. Через 12 часов.
- D. Через 1-2 часа интенсивной терапии.

### 3. Акушерская тактика в данном случае:

- A. Стимуляция родовой деятельности;
- B. Наложение акушерских щипцов;
- C. Плановое кесарево сечение;
- D. Экстренное кесарево сечение.

### 4. Для уменьшения внутричерепной гипертензии применяются средства: ИВЛ;

- A. Глюкокортикоиды;
- B. Люмбальная пункция;
- C. Большие дозы седативных и противосудорожных препаратов;

### 5. Осложнения артериальной гипертензии:

- A. Отек легких;
- B. Отслойка сетчатки;
- C. Острый почечный некроз.

### ЗАДАЧА 15 (ОК-4, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-12)

В родильном блоке находится роженица 27 лет. Первые роды были 4 года назад, осложнились кровотечением, проводилась ревизия полости матки. Настоящая беременность протекала удовлетворительно, 2 недели назад были мажущие кровянистые выделения из половых путей. Роды начались в срок, вместе со схватками из влагалища появились умеренные кровянистые выделения. Объективно: состояние удовлетворительное. АД 115/80, 110/70 мм.рт.ст. Пульс 78 уд в мин. Матка соответствует сроку доношенной беременности. Положение плода продольное, предлежит головка, над входом в таз. Сердцебиение ясное, 136 уд в мин. Воды не отходили. Схватки через 5 минут по 30 секунд, средней силы. Влагалищное исследование: шейка укорочена до 0,5 см., мягкая, открытие зева 4 см. Плодный пузырь цел. Слева и сзади определяется мягкая губчатая ткань. Предлежит головка над входом в малый таз. После влагалищного исследования кровянистые выделения усилились.

#### Поставьте диагноз:

#### Ваша тактика:

#### Ответьте на вопросы (один правильный ответ):

#### 1. Что могло послужить причиной аномального расположения плаценты:

- E. Ревизия полости матки в первых родах
- F. Сохраненный плодный пузырь;
- G. Наличие мажущих выделений 2 недели назад;
- H. Повторные роды;

#### 2. В каких условиях следует проводить влагалищное исследование у роженицы с маточным кровотечением в I периоде родов:

- E. С соблюдением асептики;
- F. Контакт с веной;
- G. С подготовленной операционной;
- H. Все верно.

#### 3. Что можно предпринять для остановки кровотечения в первую очередь:

- E. Начать стимуляцию родовой деятельности энзапростом;
- F. Вскрыть плодный пузырь;
- G. Ввести в/в хлорид кальция 10% -10,0;
- H. Ввести этамзилат;

#### 4. Рациональная тактика ведения родов у данной пациентки:

- E. Экстренное кесарево сечение;
- F. Стимуляция окситоцином после вскрытия плодного пузыря;

- G. Кесарево сечение при продолжающемся кровотечении;
- H. Верно В и С.

Задача 16 (ОК-4, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-12)

В родильном отделении находится беременная 29 лет, срок беременности 28 недель. В анамнезе 1 роды, 1 медаборт. Часто болела ангинами, в 11 лет произведена тонзиллэктомия. В школе была освобождена от уроков физкультуры. На учете у терапевта не состоит. Жалобы на утомляемость, сердцебиение, боли в сердце.

Объективно: рост 158 см, вес 60 кг. Кожные покровы нормальной окраски, акроцианоз, отеков нет. Пульс 90 уд в мин, ритмичный, А/Д 100/60, 110/65 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, выслушивается систолический и диастолический шум на верхушке сердца и в точке Боткина, акцент II тона на легочной артерии. Дыхание везикулярное, ЧДД 22 в мин. Живот мягкий, печень не увеличена. ЭКГ: электрическая ось сердца отклонена влево, синусовая тахикардия, в I и II отведениях расширенный двугорбый зубец R. Матка соответствует сроку 28 нед. беременности. Положение плода продольное, головка над входом в таз, сердцебиение ритмичное, 140 уд в мин.

**Поставьте диагноз:**

**Ваша тактика:**

**Ответьте на вопросы (один правильный ответ):**

**1. Какие признаки указывают на нарушение кровообращения у данной беременной:**

- A. Тахикардия;
- B. Диастолический шум на верхушке;
- C. Систолический шум на верхушке;
- D. Акцент II тона на легочной артерии.

**2. Что важно в определении прогноза беременности и родов у женщины с пороком сердца:**

- A. Форма порока;
- B. Степень нарушения кровообращения;
- C. Наличие бактериального эндокардита;
- D. Верно всё.

**3. Какова тактика ведения данной пациентки:**

- A. Досрочное родоразрешение
- B. Лечение и пролонгирование беременности до срока родов;
- C. Экстренное кесарево сечение;
- D. Ничто из перечисленного.

**4. При каких заболеваниях сердца нельзя рекомендовать беременность:**

- A. Дефект межпредсердной перегородки;
- B. Дефект межжелудочковой перегородки;
- C. Стеноз А-В отверстия II-III ст;
- D. Недостаточность митрального клапана.

ЗАДАЧА 17 (ОК-4, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-12)

В родильном доме роженица 28 лет. В анамнезе медаборт в 20 лет. Беременность наступила после длительного бесплодия. Роды первые, в срок. Соматически здорова, размеры таза нормальные. Родовая деятельность продолжается 11 часов, 2 часа назад отошли воды. Схватки сильные, через 2-3 минуты, по 50-60 секунд, резко болезненные. Поведение беспокойное.

Объективно: АД 130/90, 140/90 мм.рт.ст. Пульс 96 в минуту. Матка во время схваток плотная, вне схваток практически не расслабляется. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение приглушено, 145-150

ударов в минуту.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка матки сглажена, края плотные, открытие маточного зева 5 см. Во время схватки тонус шейки матки увеличивается. Плодного пузыря нет. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок - слева у симфиза. Подтекают зеленоватые воды. После влагалищного исследования состояние женщины значительно ухудшилось: озноб, одышка, цианоз, АД 80/40, 70/40 мм.рт.ст. Пульс нитевидный, 130 ударов в минуту. Сердцебиение плода не выслушивается.

**Поставьте диагноз:**

**Ваша тактика:**

**Ответьте на вопросы (один правильный ответ):**

**1. С какими ситуациями следует проводить дифференциальный диагноз:**

- A. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- B. Разрыв матки;
- C. Эмболия околоплодными водами;
- D. Все перечисленное;

**2. Экстренная терапия начинается со следующих мероприятий, кроме:**

- A. Раствор промедола, димедрола, диазепама в/в;
- B. Глюкокортикоиды;
- C. Контрикал;
- D. ИВЛ.

**3. Способ родоразрешения в данном случае:**

- A. Акушерские щипцы;
- B. Кесарево сечение;
- C. Родостимуляция;
- D. Спонтанные роды.

**4. Для амниотической эмболии характерно всё, кроме:**

- A. Острый ДВС синдром;
- B. Признаки острого легочного сердца;
- C. Кардиогенный шок;
- D. Благополучный исход;

**ЗАДАЧА 18 (ОК-4, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-12)**

В родильный дом по экстренной помощи доставлена беременная 19 лет. Беременность первая. С 28 недель осложнилась поздним гестозом. Лечилась в дневном стационаре, от госпитализации отказалась. Последний месяц женскую консультацию не посещала. Заболела остро, 2 часа назад. Появились сильные боли в животе, слабость. Позднее из влагалища появились кровянистые выделения в умеренном количестве.

Объективно: состояние средней тяжести. В сознании. Кожа бледная, отеки ног. АД 100/60, 100/50 мм.рт.ст. Пульс 104 в минуту. Матка соответствует сроку беременности 34-35 недель, напряжена, не расслабляется. Части плода определяются с трудом. Над входом в таз пальпируется головка. Сердцебиение плода справа ниже пупка, глухое, 115 ударов в 1 минуту. Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка матки сформирована, зев закрыт. Предлежит головка, над входом таз. Выделения кровянистые, умеренные.

**Поставьте диагноз:**

**Ваша тактика:**

**Ответьте на вопросы (один правильный ответ):**

**1. По какой причине беременная с данным осложнением попадает в группу риска массивного акушерского кровотечения:**

- A. Недоношенность;

- В. Коагулопатия;
- С. Болевой синдром;
- Д. Гипоксия плода

**2. Что такое шоковый индекс:**

- А. Отношение систолического давления к пульсу;
- В. Отношение диастолического давления к пульсу;
- С. Отношение пульса к систолическому давлению;
- Д. Отношение пульса к диастолическому давлению;

**3. Назовите главную задачу лечения:**

- А. Инфузионная терапия;
- В. Гемотрансфузия (свежая кровь);
- С. Быстрое родоразрешение;
- Д. Верно всё.

**4. Мониторинг какой системы имеет жизненно важное значение после родоразрешения по поводу ПОНРП:**

- А. Белки крови;
- В. Ферменты;
- С. Гемостаз;
- Д. Иммунитет;

**ЗАДАЧА 19 (ОК-4, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-12)**

В родильном зале находится роженица 21 год. Беременность вторая, роды первые, в срок. В анамнезе самопроизвольный выкидыш в 16 недель с выскабливанием полости матки.

Объективно: рост 161 см., вес 73 кг. Соматически здорова. Через 10 часов от начала схваток родился живой доношенный мальчик весом 3300 г. с оценкой по шкале Апгар 9 баллов. Через 10 минут после рождения ребенка признаков отделения последа нет, из влагалища умеренные кровянистые выделения. Кровопотеря 150мл. АД 110/70, 115/70 мм.рт.ст. Пульс 78 в минуту. Через 20 минут после рождения ребенка кровотечение продолжается в прежнем темпе. Признаков отделения последа нет. Кровопотеря 350 мл.

**Поставьте диагноз:**

**Ваша тактика:**

**Ответьте на вопросы (один правильный ответ):**

**1. Назовите вероятную причину патологического течения последового периода:**

- А. Ущемление последа;
- В. Частичное плотное прикрепление или приращение плаценты;
- С. Полное плотное прикрепление плаценты;
- Д. Полное приращение плаценты;

**2. Пограничная допустимая кровопотеря в родах:**

- А. 0,5% от массы тела роженицы;
- В. 500 мл;
- С. 800 мл;
- Д. 1000 мл.

**3. Распознавание формы патологического прикрепления плаценты возможно:**

- А. При наружном обследовании матки;
- В. По отсутствию признака Шредера;
- С. По отсутствию признака Альфельда;
- Д. Во время операции ручного отделения плаценты;

**4. В последовом периоде недопустимо:**

- А. Потягивание за пуповину;
- В. Несвоевременная попытка выжимания последа;

- C. Попытка ручного отделения плаценты без наркоза;
- D. Все верно.

**5. Операция ручного отделения и выделения последа может быть провоцирующим фактором:**

- A. Любого из перечисленных заболеваний;
- B. Послеродового эндометрита;
- C. Тромбофлебита;
- D. Параметрита;

**ЗАДАЧА 20 (ОК-4, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-12)**

В гинекологическое отделение поступила больная 20 лет. Жалобы на повышение температуры тела, ознобы, слабость, боли в животе, кровянистые выделения из влагалища. Менструации с 13 лет, через 28 дней, по 4 дня, регулярно. Последняя менструация 3 месяца назад. Половая жизнь с 18 лет, в браке не состоит. С целью прерывания принимала таблетки, вводила в полость матки катетер 3 дня назад. Объективно: состояние тяжелое, в сознании, но вялая, на вопросы отвечает с трудом. Цвет кожи землисто-серый, петехии, иктеричность склер, ладоней. Температура 39,2. Пульс 140 в минуту. Язык сухой, обложен. Живот мягкий. Печень на 2 см. выступает из-под края реберной дуги, пальпируется селезенка. Моча темного цвета, мало.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка матки укорочена до 2 см. наружный зев пропускает палец. Матка увеличена до 11-12 нед. беременности, болезненная. Придатки с обеих сторон не увеличены. Выделения умеренные, темные, с неприятным запахом.

**Поставьте диагноз:**

**Ваша тактика:**

**Ответьте на вопросы (один правильный ответ):**

**1. Укажите распространенность септического процесса у беременной пациентки:**

- A. Эндометрит;
- B. Сепсис;
- C. Параметрит;
- D. Тромбофлебит;

**2. Адекватное лечение в данном случае:**

- A. Интенсивная терапия, лапаротомия;
- B. Интенсивная терапия, вакуум экскохлеация плода;
- C. Интенсивная консервативная терапия;
- D. Интенсивная терапия, кюретаж матки;

**3. Самое грозное осложнение, которое может случиться при кюретаже матки:**

- A. Перфорация матки;
- B. Кровотечение;
- C. Септический шок;
- D. Неполное опорожнение матки;

**4. Проявления септического шока на ранней тёплой стадии, КРОМЕ:**

- A. Лихорадка;
- B. Озноб;
- C. Артериальная гипотония;
- D. Холодные и цианотичные конечности;

**ЗАДАЧА 21 (ОК-4, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-12)**

В родильном блоке находится роженица 36 лет. Беременность 10, предстоящие роды 4. Схватки начались 8 часов назад, воды отошли 2 часа назад, дома. Объективно: рост 155, вес

87 кг. АД 120/70, 115/70 мм.рт.ст, ВДМ 38 см., окружность живота 106 см. Размеры таза 25-28-30-21 см. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение ритмичное, 136 в минуту. Схватки через 4 минуты по 45 сек., средней силы. Влагалищное исследование: влагалище рожавшей, шейка сглажена, открытие 6-7 см. Плодного пузыря нет, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере, справа определяется малый родничок. Мыс не достигается. Крестцовая впадина емкая.

Акушерская ситуация через 2 часа: схватки через 1-2 мин., по 45 сек., болезненные. Вне схватки болезненность сохраняется. Головка прижата ко входу в малый таз, сердцебиение 155 в минуту, ритмичное. Из влагалища в небольшом количестве появились кровянистые выделения.

**Поставьте диагноз:**

**Ваша тактика:**

**Ответьте на вопросы (один правильный ответ):**

**1. В данном случае имеет место:**

- A. Предлежание плаценты;
- B. Разрыв матки;
- C. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- D. Амниотическая эмболия.

**2. Для патогенеза случившегося осложнения верно:**

- A. Много родов и аборт в анамнезе;
- B. Морфологические изменения миометрия;
- C. Теория Вербова (гистопатическая);
- D. Верно всё.

**3. Рациональная акушерская тактика:**

- A. Глубокий наркоз и кесарево сечение;
- B. Акушерские щипцы;
- C. Краниотомия;
- D. Вакуум-экстракция плода.

**4. Для предупреждения этого грозного осложнения в родовое отделение госпитализируют заранее:**

- A. Беременных с рубцом на матке;
- B. Многорожавших;
- C. Беременных с узким тазом;
- D. Все верно.

**ЗАДАЧА 22 (ОК-4, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-12)**

В родильное отделение по экстренным показаниям доставлена беременная 23 лет с обильным маточным кровотечением. Беременность 3, в анамнезе 2 медаборта. Срок беременности 33 недели. Кровотечение началось 1,5 часа назад. Вначале оно было незначительным, затем усилилось. Объективно: кожа бледная, пульс 106 в мин, АД 90/60, 80/60 мм.рт.ст. Матка в обычном тонусе, соответствует сроку 33 недели. Положение плода продольное, предлежит головка, высоко над входом в таз. Сердцебиение плода приглушено, 130 в минуту. Воды не отходили.

Влагалищное исследование: шейка сформирована, отклонена кзади, зев закрыт. Через своды определяется тестоватое образование, предлежащая часть не определяется. Во влагалище сгустки крови. После влагалищного исследования кровотечение усилилось.

**Поставьте диагноз:**

**Ваша тактика:**

**Ответьте на вопросы (один правильный ответ):**



**1. Какая причина кровотечения:**

- A. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- B. Разрыв матки;
- C. Предлежание плаценты;
- D. Начало родов.

**2. Акушерская тактика:**

- A. Плановое кесарево сечение;
- B. Экстренное кесарево сечение;
- C. Тампонада влагалища;
- D. Амниотомия.

**3. Серьезное осложнение, которое потребует операции экстирпации матки:**

- A. Плотное прикрепление плаценты
- B. Недоношенность плода;
- C. Варикозное расширение вен малого таза;
- D. Истинное приращение плаценты;

**4. Отличительный признак предлежания плаценты в дифференциальном диагнозе с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты:**

- A. Кровотечение без болевого синдрома;
- B. Сильные боли в животе;
- C. Плотность матки;

**5. Что такое "шоковый индекс"**

- A. Отношение систолического давления к пульсу;
- B. Отношение диастолического давления к пульсу;
- C. Отношение пульса к систолическому давлению;
- D. Отношение пульса к диастолическому давлению;

**ЗАДАЧА 23 (ОК-4, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-12)** В родовом отделении находится беременная 25 лет. Жалобы на жажду, одышку, отеки ног, частое мочеиспускание. В анамнезе корь, ангина, грипп. Находится на учете эндокринолога в течение 4 лет по поводу ИЗСД. Ежедневно вводит инсулин. Беременность первая, срок 35 недель. Объективно: рост 165 см, вес 92 кг. Отеки ног, передней брюшной стенки. Размеры таза нормальные. АД 120/80, 115/70 мм рт. ст. ВДМ 44 см, окружность живота—106 см. Положение продольное, предлежит головка, над входом в таз. Сердцебиение ритмичное, 140 ударов в минуту.

**Поставьте диагноз:**

**Ваша тактика:**

**Ответьте на вопросы (один или несколько правильных ответов):**

**1. Какое экстрагенитальное заболевание имеется у беременной:**

- A. Диабет I типа;
- B. Водянка беременной;
- C. Сочетанный ОПГ-гестоз;
- D. Диабет II типа.

**2. Какое осложнение беременности чаще всего бывает у женщин с диабетом:**

- A. Гестоз;
- B. Многоводие;
- C. Крупный плод;
- D. Пиелонефрит;

**3. Что будет определяющим для здоровья внутриутробного плода у беременных с диабетом:**

- A. Исходная масса тела женщины;
- B. Повышение АД;

- C. Многоводие;
- D. Данные гликемического профиля.

**4. Основная задача ведения беременных с диабетом:**

- A. Профилактика пиелонефрита;
- B. Профилактика гестоза;
- C. Контроль массы тела;
- D. Коррекция сахара крови на уровне нормогликемии.

**5. Принципы родоразрешения беременных с диабетом:**

- A. Кесарево сечение;
- B. Наложение акушерских щипцов;
- C. Программированные роды в 36-37 нед.;
- D. Ожидание начала самостоятельной родовой деятельности.

**ЗАДАЧА 24 (ОК-4, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-12)**

В послеродовом отделении находится родильница 29 лет. Роды вторые, в срок, 5 дней назад, осложнились ранним излитием околоплодных вод, родовой слабостью. Проводилась родостимуляция. Первого ребенка грудью не кормила. Второй ребенок приложен к груди через 2 часа, сосет активно. На третьи сутки после родов нагрубание молочных желез, сцеживание молока затруднено. Осмотр на пятые сутки после родов: озноб, температура 38,4, головная боль, слабость, в правой молочной железе - боль. Молочные железы нагрубли, соски плоские, трещины на сосках. Справа в наружном квадранте пальпируется болезненное уплотнение, кожа над ним гиперемирована, горячая.

**Поставьте диагноз:**

**Ваша тактика:**

**Ответьте на вопросы (один правильный ответ):**

**1. Течение послеродового мастита в последние годы характеризуется:**

- A. Увеличение числа гнойных форм;
- B. Резистентность к лечению;
- C. Тенденция к генерализации;
- D. Верно все перечисленное.

**2. Особую роль в возникновении мастита играет:**

- A. Раннее излитие околоплодных вод;
- B. Родовая слабость;
- C. Патологический лактостаз и трещины на сосках;
- D. Ничто из перечисленного.

**3. При мастите верно все, кроме:**

- A. Грудное вскармливание временно прекращают;
- B. Антибиотики – основной компонент лечения;
- C. При резистентности к лечению показаны глюкокортикоиды;
- D. Консервативная тактика при гнойном мастите;

**4. Показание для подавления лактации:**

- A. Инфильтративный мастит;
- B. Гнойный мастит;
- C. Гипоголактія;
- D. Лактостаз;

**5. Какой препарат наиболее эффективен для прекращения лактации:**

- A. Фуросемид;
- B. Бромкамфора;
- C. Парлодел;
- D. Гипотиазид;

**ЗАДАЧА 25 (ОК-4, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-12)**

Роды у пациентки 32 лет. Первая беременность закончилась срочными родами без осложнений, 2-я — медабортом, 3-я – родами в 38 недель, ребенок умер на седьмые сутки от желтухи. Во время настоящей беременности обнаружены резус-антитела в сыворотке крови в титре 1:8. Проведены 2 курса общеукрепляющей и антианемической терапии. В 36—37 недель проведено родовозбуждение. Родовая деятельность развивалась удовлетворительно, родилась живая девочка массой 3350 г. Состояние ребенка удовлетворительное, кожа бледная. Оценка по Апгар 7 баллов, через 5 минут — 8 баллов. Билирубин в пуповинной крови 56 мкмоль/л, Hb – 130 г/л.

**Поставьте диагноз:**

**Ваша тактика:**

**Ответьте на вопросы (один правильный ответ):**

**1. Оцените состояние новорожденного:**

- A. Физиологическое состояние новорождённого;
- B. Гемолитическая болезнь, желтушная форма;
- C. Гемолитическая болезнь, анемическая форма;
- D. Гемолитическая болезнь, отечная форма;

**2. Какой показатель в данном случае позволит своевременно решить вопрос о заменном переливании крови:**

- A. Почасовой прирост билирубина;
- B. Количество Hb;
- C. Количество эритроцитов;
- D. Концентрация билирубина в пуповинной крови;

**3. Какое количество крови можно перелить данному ребенку:**

- A. 200 мл;
- B. 250 мл;
- C. 350 мл;
- D. 450 мл.

**4. Какое наиболее тяжелое осложнение гемолитической болезни новорожденных Вы знаете**

- A. Вторичная асфиксия;
- B. Внутрочерепное кровоизлияние;
- C. Анемия;
- D. Ядерная желтуха;

**5. Профилактика гемолитической болезни новорожденных:**

- A. Все нижеперечисленное.
- B. Исследование группы крови и резус-фактора супругов;
- C. Введение антирезусного гамма-глобулина после родов или аборта;
- D. Контроль титра антител во время беременности;

**ЗАДАЧА 26 (ОК-4, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-12)**

В родильный дом поступила беременная 28 лет. Жалобы на слабость, головную боль, боли в пояснице справа, повышение температуры тела, озноб. Беременность 3-я. В анамнезе роды, медаборт, осложнившийся эндометритом. Течение настоящей беременности удовлетворительное. Считала себя здоровой. Объективно: рост 160 см, вес 58 кг. Кожа чистая, бледная, горячая. Температура тела 38°C, пульс 92 удара в минуту, А/Д 120/80, 120/85 мм рт. ст. Живот мягкий, матка в нормальном тонусе, соответствует сроку 27 недель беременности. Положение плода продольное, головное предлежание. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130 ударов в минуту. Справа в поясничной области при поколачивании определяется болезненность. Мочеиспускание безболезненное. Анализ мочи — соломенно-

жёлтого цвета, мутная, удельный вес 1017, белок 0,066 г/л, лейкоциты сплошь в поле зрения, оксалаты.

**Поставьте диагноз:**

**Ваша тактика:**

**Ответьте на вопросы (один правильный ответ):**

**1.Какая степень риска развития осложнений пиелонефрита у данной пациентки:**

- A. Неосложненное течение пиелонефрита, возникшего во время беременности (1 степень);
- B. Хронический пиелонефрит, развившийся до наступления беременности (2степень);
- C. Пиелонефрит, протекающий с артериальной гипертензией или азотемией (3 степень);
- D. Ситуация не ясна..

**2.В какие сроки беременности наиболее часто возникает такое осложнение:**

- A. 12-14 нед.;
- B. 18-20 нед.;
- C. 24-26 нед.;
- D. 30-32 нед..

**3.Какие методы обследования информативны в диагностике данного заболевания:**

- A. Анализ мочи по Нечипоренко;
- B. Бактериологическое исследование мочи;
- C. УЗИ почек;
- D. Верно все перечисленное.

**4.Какой антимикробное средство нельзя назначать беременной:**

- A. Пенициллин;
- B. Цефалоспорины;
- C. Бисептол;

**ЗАДАЧА 27 (ОК-4, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-12)**

В родовом отделении находится пациентка 23 лет, беременность 38 нед. В анамнезе 1 роды, 3 медаборта. 3 года назад ей была произведена операция митральной комиссуротомии с хорошим исходом. За 6 месяцев до настоящей беременности перенесла обострение ревмокардита. Настоящая беременность до 31 нед. протекала удовлетворительно, позже появилась одышка, сердцебиение. Объективно: рост 160 см, вес 63,5 кг. Кожные покровы нормальной окраски, акроцианоз, небольшие отеки ног. Пульс в покое: 96 в мин, единичные экстрасистолы. АД 100/70, 110/70. ЧДД 21 в минуту. Тоны сердца приглушены, на верхушке и в точке Боткина систолический и диастолический шум, акцент II тона на легочной артерии. В легких дыхание жесткое, в нижних отделах влажные хрипы в незначительном количестве. Печень пальпировать не удается из-за высокого стояния матки. Проводимая кардиальная терапия в течение недели не улучшила состояния.

**Поставьте диагноз:**

**Ваша тактика:**

**Ответьте на вопросы (один или несколько правильных ответов):**

**1. Какая степень недостаточности кровообращения имеется у беременной:**

- A. I ст.;
- B. III ст.;
- C. IIБ ст.;
- D. IIА ст.

**2. Какие методы не рекомендуются при кардиологическом обследовании беременных:**

- A. ЭКГ;
- B. Компьютерная томография;
- C. УЗИ сердца;
- D. Рентгенография сердца в боковых проекциях.

**3. Какие средства можно применять у беременных с ревматической болезнью сердца:**

- A. Сердечные гликозиды;
- B. Рибоксин;
- C. Мочегонные средства;
- D. Бициллин.

**4. Какова тактика ведения родов:**

- A. Экстренное кесарево сечение;
- B. Выключение потуг наложением акушерских щипцов;
- C. Ведение родов через естественные родовые пути в 40 нед.;
- D. Плановое кесарево сечение.

**ЗАДАЧА 28 (ОК-4, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-12)**

В родоразделении находится повторнобеременная 21 года. Жалобы на головокружение, слабость, утомляемость. Первые роды 1,5 года назад осложнились задержкой частей плаценты и кровотечением в раннем послеродовом периоде. Производилась ручная ревизия полости матки. Ребенка кормила грудью до 8 месяцев. В анамнезе ангина, грипп. Объективно: рост 163 см, вес 56 кг. Кожа бледная. Пульс 90 в минуту, ритмичный. А/Д 95/60, 100/60 мм. рт. ст. ЭКГ — синусовая тахикардия. Матка вне тонуса, соответствует сроку 27 недель. Положение плода продольное, предлежание головное. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 ударов в 1 минуту. Анализ крови: Нв — 82 г/л, эр. — 3,5x10<sup>12</sup>, л — 5,2x10<sup>9</sup>, э — 2%, с — 74%, п/я — 3%, л — 18%, м — 3%, ретикулоциты — 14%, анизопокилоцитоз, гипохромия эритроцитов.

**Поставьте диагноз:**

**Ваша тактика:**

**Ответьте на вопросы (один правильный ответ):**

**1. В данном случае имеет место:**

- A. Гиперхромная анемия;
- B. Гипохромная анемия лёгкой степени;
- C. Гипохромная анемия средней степени;
- D. Гипохромная анемия тяжёлой степени.

**2. Что явилось наиболее вероятной причиной заболевания у беременной:**

- A. Ангина в анамнезе;
- B. Рано наступившая вторая беременность;
- C. Акушерское кровотечение в предыдущих родах;
- D. Верно Б и В.

**3. Какой препарат железа нельзя рекомендовать беременным:**

- A. Фенюльс;
- B. Ферроградумет;
- C. Феррум-лек для инъекций;
- D. Ферроплекс.

**4. Какие осложнения могут развиваться при анемии беременной:**

- A. ВЗРП;
- B. Хроническая внутриутробная гипоксия плода;
- C. Многоводие;
- D. ВПР плода

**5. Какие осложнения беременности и родов можно ожидать при анемии:**

- A. Гестоз;
- B. Угроза прерывания;
- C. Первичная родовая слабость;
- D. Все вышеперечисленное;

Перечень практических навыков для подготовки к зачёту по клинической практике  
(помощник врача) по специальности 31.05.01 – лечебное дело  
студентов 4 курса лечебного факультета

**Раздел «Терапия»**

1. Аускультативная картина аортального стеноза, аортальной недостаточности, митрального стеноза, митральной недостаточности, трикуспидального стеноза, трикуспидальной недостаточности. (ПК-6)
2. Клинические проявления застойных явлений по малому и большому кругам кровообращения. (ПК-6)
3. Аускультативная картина при бронхиальной астме, хронической обструктивной болезни лёгких, пневмонии, отёке лёгких. (ПК-6)
4. Интерпретация общего анализа крови: признаки воспаления, признаки железодефицитной анемии. В12-дефицитной анемии, хронических лейкозов. (ПК-6)
5. Интерпретация общего анализа мочи. (ПК-6)
6. Методика проведения и интерпретация пробы по Зимницкому, пробы по Нечипоренко, пробы Реберга-Тареева. (ПК-6)
7. Интерпретация биохимического анализа крови: показатели нормальной липидограммы, признаки дислипидемии, нарушения углеводного обмена, лабораторные синдромы при гепатите, циррозе печени, холецистите, панкреатите, показатели коагулограммы. (ПК-6)
8. Интерпретация копрограммы: признаки экзокринной недостаточности поджелудочной железы. (ПК-6)
9. Интерпретация ЭКГ: диагностика стадии и локализации инфаркта миокарда, признаки нарушений возбудимости (желудочковая и наджелудочковая экстрасистолия) и проводимости (блокады синоатриальная, атриовентрикулярная, блокады ножек пучка Гиса), признаки фибрилляции предсердий, наджелудочковой и желудочковой тахикардии, фибрилляции желудочков. (ПК-6)
10. Интерпретация рентгенограммы органов грудной клетки: оценка тени сердца, признаки пневмонии, ХОБЛ, бронхиальной астмы. (ПК-6)
11. Интерпретация рентгенологического обследования ЖКТ: признаки язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки и её осложнений, признаки болезни Крона, неспецифического язвенного колита. (ПК-6)
12. Техника проведения и интерпретация спирометрии. Порядок проведения и интерпретация пробы с бронхолитиком. (ПК-6)
13. Интерпретация ФГДС: признаки язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки в стадии обострения ремиссии. (ПК-6)
14. Методика определения группы крови. (ПК-6)

**Раздел «Хирургия»**

**Правильно провести обследование больного (ПК-5):**

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:**

1. Техника и правила переливания крови и кровезаменителей (ПК-5).
2. Определение групп крови Rh-фактора с помощью стандартных изогемагглютинирующих сывороток (ПК-5).
3. Определение группы крови и Rh-фактора с помощью цоликлонов (ПК-5).
4. Техника переливания препаратов крови, показания, пробы (ПК-5).
5. Подготовка больного к рентгенологическому и ультразвуковому исследованию желудочно-кишечного тракта, мочевыводящей системы; к эндоскопическому исследованию желудочно-кишечного тракта (ПК-5).
6. Ректальное исследование в диагностике острых заболеваний органов брюшной полости. Техника. Интерпретирование полученных результатов (ПК-5).
7. Техника пальцевого обследования наружного пахового кольца и интерпретация полученных результатов (ПК-5).
8. Промывание желудка, кишечника (ПК-5, ПК-8).
9. Зондирование желудка (ПК-5, ПК-8).
10. Клизмы очистительные, сифонные, лечебные (ПК-5, ПК-8).
11. Наложить кровоостанавливающий жгут на бедро при кровотечении из бедренной артерии (ПК-8).
12. Катетеризация мочевого пузыря резиновым и металлическим катетерами. Показания. Техника. Осложнения. (ПК-5, ПК-8)
13. Катетеризация мочевого пузыря у мужчин. Показания. Техника. Возможные осложнения и способы их профилактики. (ПК-5, ПК-8)
14. Техника выполнения паранефральной блокады. Показания. Осложнения. (ПК-8)
15. Иммобилизация конечности при закрытом переломе. (ПК-8)
16. Методика проведения плевральной пункции. Показания. Осложнения.(ПК-8)
17. Гастростомия. Показания. Способы. Осложнения. (ПК-8)
18. Холецистостомия. Показания. Методы. Техника. Подобрать инструменты к холецистостомии. (ПК-8)
19. Лапароцентез. Показания. Подобрать инструменты. Осложнения. «Шарящий» катетер в неотложной хирургии брюшной полости. Показания. Техника. Осложнения. (ПК-5, ПК-8)

**Уметь интерпретировать данные обследований (ПК-5):**

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 (ПК-5):**

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-8):**

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-6):**

1. истории болезни
2. листы назначений хирургическим пациентам



## Раздел «Акушерство»

### **Правильно провести обследование больного (ПК-5, ПК-12):**

1. Сбор общего анамнеза.
2. Сбор специального (акушерско-гинекологического) анамнеза
3. Внешний осмотр беременной.
4. Наружное акушерское исследование.
5. Внутреннее акушерское исследование.
6. Аускультация сердцебиения плода.

### **Знать технику выполнения врачебных манипуляций:**

1. Техника и правила переливания крови и кровезаменителей (ПК-5, ПК-12).
2. Определение групп крови Rh-фактора с помощью стандартных изоагглютинирующих сывороток (ПК-5, ПК-12).
3. Определение группы крови и Rh-фактора с помощью цоликлонов (ПК-5, ПК-12).
4. Техника переливания препаратов крови, показания, пробы (ПК-5, ПК-12).
5. Оценка зрелости родовых путей при доношенной беременности (ПК-5, ПК-12).
6. Пельвиометрия. Техника. Нормальные размеры таза. (ПК-5, ПК-12)
7. Кардиотокография. Показания, методика, интерпретация результатов. (ПК-5, ПК-12)
8. Влагалищное исследование в родах. Показания. Техника. (ПК-5, ПК-12).
9. Амниоскопия. Показания, противопоказания. Условия. Техника. (ОПК-8, ПК-5, ПК-12).
10. Амниотомия. Показания, противопоказания. Условия. Техника. (ОПК-8, ПК-5, ПК-12).
11. Техника осмотра мягких родовых путей в раннем послеродовом периоде (ПК-5, ПК-12).
12. Рассечение промежности в родах, показания, техника. (ОПК-8, ПК-5, ПК-12).
13. Ушивание разрывов мягких родовых путей. (ПК-5, ПК-8, ПК-12).
14. Кесарево сечение, показания, методики, методы обезболивания. Осложнения. (ОПК-8, ПК-5, ПК-12).
15. Акушерские щипцы, показания, противопоказания, условия, осложнения. (ОПК-8, ПК-5, ПК-12)
16. Вакуум-экстракция плода, показания, противопоказания, условия, осложнения. (ОПК-8, ПК-5, ПК-12)
17. Катетеризация мочевого пузыря резиновым катетером. Показания. Техника. Осложнения. (ОПК-8, ПК-5, ПК-12)

### **Уметь интерпретировать данные обследований (ПК-5, ПК-12):**

1. Чтение и клиническая интерпретация данных пельвиометрии у беременных,
2. Клиническая оценка данных УЗИ плода.
3. Оценка данных УЗИ ФПК.
4. Оценка данных КТГ.

### **Клиническая интерпретация (ПК-5, ПК-12):**

1. общего анализа крови;
2. общего анализа мочи (анализов по Зимницкому, Нечипоренко);
3. биохимических анализов крови
4. коагулограммы
5. анализ микроскопического исследования, отделяемого из влагалища, уретры и цервикального канала.

**Уметь оказать неотложную помощь (ОПК-8, ПК-12):**

1. Неотложная помощь при кровотечении у беременных с предлежанием плаценты;
2. Неотложная помощь беременным при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты.
3. Неотложная помощь беременным при тяжелой преэклампсии, эклампсии, HELLP-синдроме;
4. Неотложная помощь беременным с острыми расстройствами гемодинамики различной этиологии (острая сердечно-сосудистая недостаточность, гиповолемический шок, септический шок, кардиогенный шок, травматический шок);
5. Неотложная помощь роженицам при срочных родах;
6. Неотложная помощь роженицам при преждевременных родах;
7. Неотложная помощь роженицам с нарушением отделения плаценты и выделения последа.
8. Неотложная помощь родильницам с гипотоническим кровотечением в раннем послеродовом периоде;
9. Неотложная помощь родильницам с травмами мягких родовых путей;
10. Неотложная помощь родильницам с послеродовыми инфекционными осложнениями;
11. Неотложная помощь при асфиксии новорожденного.

**Уметь оформить основные формы медицинской документации (ОПК-6, ПК-12):**

1. истории родов
  2. листы назначений беременным, роженицам и родильницам.