



федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования

«Кемеровский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

---

**Фонд оценочных средств  
для проведения государственной итоговой  
аттестации по специальности  
31.05.01 Лечебное дело в 2024 году**

одобрен Ученым Советом  
лечебного факультета

от «26» декабря 2023 г.,  
Протокол № 5

## 1 этап. Тестирование

Компетенция	Тесты	ответ	дисциплина
УК-1	<p><b>БИОЛОГИЯ ПРОСТЕЙШИХ – ЭТО УРОВЕНЬ ОРГАНИЗАЦИИ ЖИЗНИ</b></p> <p>а) молекулярный б) субклеточный в) клеточный г) тканевой д) организменный</p>	в)	Биология
УК-1	<p><b>ПАРАЗИТИЗМ – ЭТО</b></p> <p>а) физиологический феномен б) генетический феномен в) экологический феномен г) биохимический феномен д) зоологический феномен</p>	в)	Биология
УК-1	<p><b>ПРЕДПОСЫЛКОЙ ФИЛОГЕНЕТИЧЕСКИХ ПРЕОРАЗОВАНИЙ ОРГАНОВ СЛУЖИТ</b></p> <p>а) пролиферация б) интеграция в) дифференцировка г) мультифункциональность д) сортировка</p>	г)	Биология
УК-1	<p><b>ПРОЕКТ «ГЕНОМ ЧЕЛОВЕКА» - ЭТО</b></p> <p>а) изучение отдельных генов человека б) секвенирование геномов в) синтез новых ДНК г) получение генотипа каждого человека д) получение новых генов</p>	г)	Биология
УК-1	<p><b>БОМБЕЙСКИЙ ФЕНОМЕН – ЭТО</b></p> <p>а) феномен взаимодействия вещества-предшественника, детерминирующего гены А и В групп крови б) феномен наследования I-ой группы крови в) феномен наследования IV-ой группы крови г) феномен наследования резус-фактора д) феномен сцепленного наследования</p>	а)	Биология
УК-1	<p><b>СЦЕПЛЕННОЕ НАСЛЕДОВАНИЕ ПРИЗНАКОВ ОБУСЛОВЛЕНО</b></p> <p>а) локализацией генов, определяющих эти признаки, в одной хромосоме б) локализацией генов, определяющих эти признаки, в разных хромосомах в) локализацией генов, определяющих эти признаки в аутосомах г) локализацией генов, определяющих эти признаки, в отцовских хромосомах д) локализацией генов, определяющих эти признаки, в материнских хромосомах</p>	д)	Биология
УК-1	<p><b>ОСОБЕННОСТЬЮ ПЕРВОБЫТНОГО ВРАЧЕВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ</b></p>	а)	История медицины

	<p>а) накопление и обобщение эмпирических знаний;  б) интернациональный характер врачевания;  в) выделение хирургии в самостоятельную область;  г) появление медицинских текстов;  д) появление врачей-профессионалов.</p>		
УК-1	<p>ОДНИМ ИЗ ПЕРВЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ  ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПЕРИОДА  СУЩЕСТВОВАНИЯ РОДОВОЙ ОБЩИНЫ  ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) переливание крови;  б) ампутация конечностей;  в) трепанация черепа;  г) пересадка органов и тканей;  д) кесарево сечение.</p>	б)	История медицины
УК-1	<p>ВРАЧЕВАТЕЛИ ДРЕВНЕЙ МЕСОПОТАМИИ  АСУ СВЯЗЫВАЛИ ВОЗНИКНОВЕНИЕ  БОЛЕЗНЕЙ</p> <p>а) со сверхъестественными причинами;  б) с естественными причинами;  в) с наказанием человека за грехи;  г) не объясняли причины возникновения болезней;  д) с вселением злых духов.</p>	б)	История медицины
УК-1	<p>НЕОТЪЕМЛЕМОЙ ЧАСТЬЮ  ДРЕВНЕИНДИЙСКОЙ МЕДИЦИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) акупунктура;  б) йога;  в) точечный массаж;  г) прижигание;  д) закаливание.</p>	б)	История медицины
УК-1	<p>ПРИВИВАНИЕ ПРОТИВ ОСПЫ В ДРЕВНЕМ  КИТАЕ (ВАРИОЛЯЦИЯ) ПРОИЗВОДИЛИСЬ  ПУТЕМ</p> <p>а) втирания в кожу предплечья;  б) втирания в ноздри;  в) непосредственного контакта с больным  человеком;  г) контакта с зараженным животным;  д) вдыхания оспенных пустул в бане.</p>	б)	История медицины
УК-1	<p>«ОТЦОМ МЕДИЦИНЫ» В ДРЕВНЕЙ ГРЕЦИИ  НАЗЫВАЛИ</p> <p>а) Эмпедокла из Акраганта  б) Гиппократ II Великого  в) Эврифона из Книда  г) Праксагора  д) Александра Македонского.</p>	б)	История медицины
УК-1	<p>НЕОТЪЕМЛЕМОЙ ЧАСТЬЮ МЕДИКО-  САНИТАРНОГО БЫТА ДРЕВНЕРУССКОГО  ГОСУДАРСТВА ЯВЛЯЛИСЬ</p> <p>а) приюты для прокаженных;  б) водопровод;  в) паровые бани;  г) канализация;</p>	в)	История медицины

	д) цистерны.		
УК-1	ФИЛОСОФСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ, ОКАЗАВШЕЕ ОПРЕДЕЛЯЮЩЕЕ ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНЫ В СРЕДНЕВЕКОВОЙ ЕВРОПЕ а) агностицизм; б) схоластика; в) идеализм; г) материализм; д) марксизм.	б)	История медицины
УК-1	ГОСУДАРСТВЕННАЯ СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР (НАРКОМЗДРАВ) СФОРМИРОВАЛАСЬ В а) 1905 г.; б) 1936 г.; в) 1918 г.; г) 1945 г.; д) 1991 г.	в)	История медицины
УК-1	ПЕРВЫМ В МИРЕ ВРАЧОМ-КОСМОНАВТОМ БЫЛ а) А. Л. Мясников б) Ю. А. Гагарин в) А. А. Леонов г) Б. Б. Егоров д) Д. Амстронг.	г)	История медицины
УК-1	НА КАЧЕСТВО СНИМКА ВЛИЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПАРАМЕТРЫ РЕНТГЕНОВСКОЙ КАССЕТЫ: а) материал корпуса б) конструкция замка в) упругий материал прижима экранов г) масса кассеты д) размеры рентгеновской пленки	А	Лучевая диагностика
УК-1	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНОЙ В ДИАГНОСТИКЕ ЛИНЕЙНОГО ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ СВОДА ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ: а) обзорные (прямая и боковая) краниограммы б) прицельные касательные рентгенограммы в) прицельные контактные рентгенограммы г) прямые томограммы д) полуаксиальные рентгенограммы	В	Лучевая диагностика
УК-1	НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА ЯВЛЯЕТСЯ: а) увеличение размеров турецкого седла б) остеопороз деталей седла в) повышенная пневматизация основной пазухи г) понижение пневматизации основной пазухи д) снижение пневматизации клеток решетчатой кости	А	Лучевая диагностика
УК-1	ЕСЛИ ОДНА ЦЕПЬ ДНК СОДЕРЖИТ ФРАГМЕНТ ГЦЦ ААТ ГЦА ЦЦТ, ТО ВТОРАЯ	д)	Молекулярная биология



	<p>ЦЕПЬ</p> <p>а) ААЦ АТТ ГГТ ГЦЦ</p> <p>б) ЦТГ ТАА ТАТ ГЦЦ</p> <p>в) ЦЦА АТГ АТГ ГГА</p> <p>г) ЦЦГ УУА ЦГУ ЦЦА</p> <p>д) ЦГГ ТТА ЦГТ ГГА</p>		
УК-1	<p>ЕСЛИ СОДЕРЖАНИЕ ОСТАТКОВ ТИМИНА (ОТ ОБЩЕГО ЧИСЛА ОСТАТКОВ) ДНК СОСТАВЛЯЕТ 20%, ТО СОДЕРЖАНИЕ ГУАНИНА СОСТАВИТ</p> <p>а) 40%</p> <p>б) 35%</p> <p>в) 25%</p> <p>г) 30%</p> <p>д) 15%</p>	г)	Молекулярная биология
УК-1	<p>СОЕДИНЕНИЯ С СОПРЯЖЕННОЙ СИСТЕМОЙ</p> <p>а) бутадиен-1, 2</p> <p>б) циклогексен</p> <p>в) бензол</p> <p>г) циклогексан</p> <p>д) пентадиен-1, 3</p>	в)	Химия
УК-1	<p>ТРИАЦИЛГЛИЦЕРИНЫ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ</p> <p>а) глицерофосфолипиды</p> <p>б) жиры, масла</p> <p>в) гликолипиды</p> <p>г) воски</p> <p>д) терпены</p>	б)	Химия
УК-1	<p>СОЕДИНЕНИЕ, ПРОЯВЛЯЮЩЕЕ ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ ИНДУКТИВНЫЙ И ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ МЕЗОМЕРНЫЙ ЭЛЕКТРОННЫЕ ЭФФЕКТЫ</p> <p>а) толуол</p> <p>б) фенол</p> <p>в) нитробензол</p> <p>г) бензальдегид</p> <p>д) бензойная кислота</p>	б)	Химия
УК-1	<p>НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫМИ КИСЛОТНЫМИ СВОЙСТВАМИ ОБЛАДАЕТ КИСЛОТА</p> <p>а) уксусная</p> <p>б) щавелевая</p> <p>в) салициловая</p> <p>г) бензойная</p> <p>д) ацетилсалициловая</p>	б)	Химия
УК-1	<p>НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫМИ КИСЛОТНЫМИ СВОЙСТВАМИ ОБЛАДАЕТ</p> <p>а) фенол</p> <p>б) п-метилфенол</p> <p>в) этиловый спирт</p> <p>г) уксусная кислота</p> <p>д) бензиловый спирт</p>	г)	Химия
УК-1	ТРИАЦИЛГЛИЦЕРИН ТВЕРДОЙ	а)	Химия

	<p>КОНСИСТЕНЦИИ</p> <p>а) 1,2,3-три-О-пальмитоилглицерин  б) 1,2-ди-О-олеоил-3-О-пальмитоилглицерин  в) 1,3-ди-О-линолеоил-2-О-пальмитоилглицерин  г) 2-О-линолеоил-1-О-олеоил-3-О-стеароилглицерин  д) 1-О-линолеоил-2-О-линоленоил-3-О-стеароилглицерин</p>		
УК-1	<p>К ГОМОПОЛИСАХАРИДАМ ОТНОСЯТСЯ</p> <p>а) крахмал  б) хондроитинсульфаты  в) гиалуроновая кислота  г) гепарин  д) декстраны</p>	а)	Химия
УК-1	<p>НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫМИ ОСНОВНЫМИ СВОЙСТВАМИ ОБЛАДАЕТ</p> <p>а) этанол  б) этантиол  в) анилин  г) дифениламин  д) бензиламин</p>	д)	Химия
УК-1	<p>ДЛЯ АРЕНОВ ХАРАКТЕРНЫ РЕАКЦИИ</p> <p>а) радикального замещения  б) электрофильного замещения  в) электрофильного присоединения  г) нуклеофильного замещения  д) нуклеофильного присоединения</p>	б)	Химия
УК-1	<p>ФОСФАТИДИЛХОЛИНЫ ОТНОСЯТСЯ К КЛАССУ</p> <p>а) жиров  б) липидов  в) белков  г) углеводов  д) восков</p>	б)	Химия
УК-1	<p>С ПОМОЩЬЮ РЕАКТИВА ТОЛЛЕНСА (ОКСИД СЕРЕБРА В ВИДЕ АММИАЧНОГО КОМПЛЕКСА) <math>[Ag(NH_3)_2]OH</math> МОЖНО РАЗЛИЧИТЬ</p> <p>а) бензофенон и фенол  б) пропанон и 2-метилпропанол-2  в) этиленгликоль и бутен-1  г) бутаналь и бутанон</p>	г)	Химия
УК-1	<p>НИКОТИНАМИДНУКЛЕОТИДНЫЕ КОФЕРМЕНТЫ (НАД<sup>+</sup> и НАДФ<sup>+</sup>) ЯВЛЯЮТСЯ В ОРГАНИЗМЕ УЧАСТНИКАМИ</p> <p>а) реакции гидролиза  б) окислительно - восстановительных реакций  в) реакций этерификации  г) кислотно-основных реакций  д) замещения</p>	б)	Химия
УК-1	<p>ВЕЩЕСТВО, НЕ РЕАГИРУЮЩИЕ С ОЛЕИНОВОЙ КИСЛОТОЙ</p>	г)	Химия

	а) $\text{CH}_3\text{OH} / \text{HCl}$ б) $\text{Br}_2 / \text{CCl}_4$ в) $\text{NH}_3$ г) $\text{CuSO}_4 / \text{NaOH}$ д) $\text{PCl}_5$		
УК-1	<b>ЖИВЫЕ ОРГАНИЗМЫ – ЭТО СИСТЕМЫ</b> а) закрытые б) открытые в) изолированные г) идеальные д) натуральные	б)	Химия
УК-1	<b>ЭПИМЕРАМИ ГЛЮКОЗЫ ЯВЛЯЮТСЯ</b> а) D-рибоза б) L- глюкоза в) D-манноза г) D-ксилоза д) D-фруктоза	в)	Химия
УК-1	<b>СОЕДИНЕНИЕ, РЕАГИРУЮЩЕЕ С БРОМНОЙ ВОДОЙ</b> а) пропанон б) диэтилоксалат в) формальдегид г) олеиновая кислота д) ацетамид	г)	Химия
УК-1	<b>ХЕЛАТНЫЕ СОЛИ МЕДИ (II) И <math>\alpha</math>-АМИНОКИСЛОТ ИМЕЮТ ОКРАСКУ</b> а) красную б) синюю в) зеленую г) бесцветную д) желтую	б)	Химия
УК-1	<b>РЕАГЕНТ, ВЗАИМОДЕЙСТВУЮЩИЙ С ЭТИЛЕНГЛИКОЛЕМ</b> а) водный раствор гидроксида меди б) водный раствор гидроксида натрия в) бромная вода г) хлорид железа (III) д) раствор перманганата калия	а)	Химия
УК-1	<b>НОРМАТИВНАЯ ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ТЕОРИЯ РАССМАТРИВАЕТ</b> а) теоретико-методический подход к исследованию экономического явления б) общие нормативные законы развития природы, общества и человеческого развития в) теоретическую структуру, создающую упрощенную картину экономической реальности г) оценочные суждения относительно того, как должно быть и что делать д) вопросы организации производственного процесса по нормам и правилам, утвержденным на локальном уровне	г)	Экономика
УК-1	<b>СТОРОННИКИ ПРОТЕКЦИОНИЗМА УТВЕРЖДАЮТ, ЧТО ПОШЛИНЫ, КВОТА И</b>	б)	Экономика

	<p>ДРУГИЕ ТОРГОВЫЕ БАРЬЕРЫ НЕОБХОДИМЫ</p> <p>а) для защиты молодых отраслей от иностранной конкуренции</p> <p>б) для увеличения занятости населения внутри страны</p> <p>в) для обеспечения обороны страны</p> <p>г) для сбалансированности торгового баланса страны</p> <p>д) для развития экспорта товаров и услуг</p>		
УК-1	<p>ИНФЛЯЦИЯ УХУДШАЕТ ФИНАНСОВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ</p> <p>а) тех, кто имеет фиксированный доход</p> <p>б) тех, кто вложил деньги в недвижимость</p> <p>в) работников коммерческих организаций</p> <p>г) работников бюджетных организаций</p> <p>д) тех, кто имеет не фиксированный доход</p>	а)	Экономика
УК-1	<p>ДЛЯ ФАЗЫ СПАДА ЭКОНОМИЧЕСКОГО ЦИКЛА ХАРАКТЕРНО</p> <p>а) уменьшение уровня инвестиций</p> <p>б) уменьшение государственных расходов</p> <p>в) увеличение процентных ставок по кредитам</p> <p>г) увеличение уровня безработицы</p> <p>д) сокращение товарно-материальных запасов</p>	г)	Экономика
УК-1	<p>К ЭКЗОГЕННЫМ ПРИЧИНАМ, ВЫЗЫВАЮЩИМ ЦИКЛИЧНОЕ РАЗВИТИЕ ЭКОНОМИКИ, ОТНОСЯТСЯ</p> <p>а) уровень инфляции и безработицы</p> <p>б) наводнение, засуха и прочие природные катаклизмы</p> <p>в) уровень минимальной заработной платы и минимального прожиточного минимума</p> <p>г) уровень внутреннего и национального продукта</p> <p>д) величина процентных ставок по кредитам и депозитам</p>	б)	Экономика
УК-1	<p>К МИКРОЭКОНОМИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ОТНОСИТСЯ</p> <p>а) объем производства внутреннего продукта страны</p> <p>б) объем производства национального продукта страны</p> <p>в) численность работающего населения в стране</p> <p>г) уровень инфляции</p> <p>д) объем производства медицинских халатов и динамика изменения цен на них</p>	д)	Экономика
УК-1	<p>БОКОВАЯ КРЫЛОВИДНАЯ МЫШЦА</p> <p>а) musculus pterygoideilateralis</p> <p>б) musculus pterygoidea lateralis</p> <p>в) musculus pterygoideus lateralis</p> <p>г) musculus pterygoideuslaterales</p> <p>д) musculus pterygoideumlaterale</p>	в)	Латинский язык
УК-1	<p>НЕБНЫЕ ОТВЕРСТИЯ</p> <p>а) foraminis palatini</p>	б)	Латинский язык

	б) foramina palatina в) foraminis palatinis г) foramina palatini д) foraminum palatinorum		
УК-1	ПЕЩЕРИСТЫЕ СПЛЕТЕНИЯ РАКОВИН а) plexus cavernosiconcharum б) plexus cavernosi conchae в) plexus cavernosusconcharum г) plexus cavernosus conchae д) plexus cavernosorumconcharum	а)	Латинский язык
УК-1	ЛИМФАТИЧЕСКИЕ ПРОТОКИ а) ductuslymphaticus б) ductuslymphatici в) ductus lymphaticum г) ductus lymphaticorum д) ductus lymphatica	б)	Латинский язык
УК-1	ПОВЫШЕННАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ а) hypaesthesia б) hyperaesthesia в) dysaesthesia г) anaesthesia д) aesthesiologia	б)	Латинский язык
УК-1	РАЗМЯГЧЕНИЕ КОСТИ а) osteomalacia б) osteoma в) osteoclasia г) osteomyelitis д) osteotomia	а)	Латинский язык
УК-1	НАЛОЖЕНИЕ ШВОВ НА МАТКУ а) hysterotomia б) hysterorrhaphia в) hysterectomy г) hysteroscopia д) metrorrhagia	б)	Латинский язык
УК-1	СВЕЧИ С ДИМЕДРОЛОМ а) suppositoria cum Dimedrolum б) suppositoria cum Dimedrolo в) suppositoria cum Dimedroli г) suppositorium cum Dimedrolo д) suppositorium cum Dimedroli	б)	Латинский язык
УК-1	БОЛЕУТОЛЯЮЩЕЕ СРЕДСТВО а) Nitrofunginum б) Sovcainum в) Testosteronum г) Prochodolum д) Hydrocortisonum	г)	Латинский язык
УК-1	В ЖЕЛАТИНОВЫХ КАПСУЛАХ а) incapsulasgelatinosas б) in capsulagelatinosa в) in capsulaegelatinosae г) in capsuligelatinosi д).in capsuligelatinosis	д)	Латинский язык

УК-1	БОЛЬШАЯ НЕБНАЯ БОРОЗДА а) sulcuspalatinusmagnus б) sulcuspalatinusmajor в) sulcuspalatinusmajus г) sulcuspalatinusmajororis д) sulcuspalatinusmajores	б)	Латинский язык
УК-1	НИЖНИЕКЛЫКИИа) dens caninus inferior б) dens incisivus inferior в) dens molaris inferior г) dens deciduus inferior д) dentescaniniinferiores	д)	Латинский язык
УК-1	ПЕРЕГОРОДКАЛОБНЫХПАЗУХа) septum sinus frontalis б) septum sinuumfrontaliumв) septum sinuum frontalis г) septa sinuum frontalis д) septum sinus frontalium	б)	Латинский язык
УК-1	ЯДРА ЧЕРЕПНЫХ НЕРВОВ а) nucleinervorumcraniales б) nucleinervorumcranialium в) nucleusnervorumcraniales г) nucleinervicranialis д) nucleinervicraniales	б)	Латинский язык
УК-1	ГОЛОВНАЯ БОЛЬ а) cephalotomia б) cephalometria в) cephalalgia г) еncephalocеле д) еncephalalgia	в)	Латинский язык
УК-1	ВОСПАЛЕНИЕ ПЕЧЕНИ а) pancreatitis б) nephritis в) hepatitis г) ureteritis д) cholecystitis	в)	Латинский язык
УК-1	РАССТРОЙСТВО ПИТАНИЯ а) dystonia б) dystrophia в) atrophia г) hypotrophia д) hypertrophia	б)	Латинский язык
УК-1	КАСТОРОВОЕ МАСЛО а) oleumTerebinthinae б) oleumRicini в) oleumHelianthi г) oleumOlivarum д) oleumLini	б)	Латинский язык
УК-1	ЖЕЛЧЕГОННОЕ СРЕДСТВО а) Sulfalenum б) Corglyconum в) Chologonum г) Urodanum д) Dicainum	в)	Латинский язык
УК-1	ДИЭТИЛОВЫЙ ЭФИР ДЛЯ НАРКОЗА а) aetherdiaethylicuspronarcosis б) aetherdiaethylicuspronarcosi в) aetherdiaethylicuspronarcese г) aetherdiaethylicuspronarcoso д) aetherdiaethylicuspronarcosum	б)	Латинский язык
УК-1	ПРЕДЛОЖИЛ ДЕЛИТЬ ИСТОРИЮ ЧЕЛОВЕЧЕСТВА НА ОБЩЕСТВЕННО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ФОРМАЦИИ а ) К. Маркс; б) В.И. Ленин; в) Ф. Энгельс; г) Д.Тойнби д) И.В. Сталин.	а)	История
УК-1	ДРЕВНЕРУССКОЕ ГОСУДАРСТВО ОБРАЗОВАЛОСЬ а) 988 г.; б) 862 г.; в) 882 г.; г) в I-II вв. н. э. д) 815 г.	в)	История
УК-1	«РУССКАЯ ПРАВДА» БЫЛА СОСТАВЛЕНА ПРИ КНЯЗЕ а) Игоре; б) Святославе;	в)	История

	<p>в) Ярославе;  г) Владимире;  д) Святополке.</p>		
УК-1	<p>НАЧАЛО XVII в. НАЗЫВАЕТСЯ</p> <p>а) Смутой;  б) Великим бунтом;  в) мятежом;  г) беспорядками;  д) восстанием.</p>	а)	История
УК-1	<p>В 1718-1724 ГГ. В РОССИИ БЫЛА ПРОВЕДЕНА РЕФОРМА НАЛОГООБЛАЖЕНИЯ. ОНА ЗАКЛЮЧАЛАСЬ В</p> <p>а) введение подоходного принципа налогообложения;  б) введение подворного принципа налогообложения;  в) введение подушной системы обложения;  г) равное налогообложение;  д) налог платили только лица, достигшие совершеннолетия.</p>	в)	История
УК-1	<p>В МАРТЕ 1881 Г. В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ ТЕРРОРИСТАМИ БЫЛ УБИТ ИМПЕРАТОР</p> <p>а) Александр I;  б) Николай I;  в) Дмитрий II;  г) Андрей I;  д) Александр II.</p>	д)	История
УК-1	<p>17 ОКТЯБРЯ 1905 Г. ИМПЕРАТОР НИКОЛАЙ II ПОДПИСАЛ</p> <p>а) приказ;  б) указ;  в) декрет;  г) манифест;  д) распоряжение.</p>	г)	История
УК-1	<p>В 1918-1920 ГГ. ВЕРХОВНЫМ ПРАВИТЕЛЕМ РОССИИ БЫЛ</p> <p>а) А.В. Колчак;  б) А.И. Деникин;  в) Г.М. Семенов;  г) Н.Н. Юденич;  д) П.Н. Врангель.</p>	а)	История
УК-1	<p>В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ (1941-1945 ГГ.) СССР НЕ ВОЕВАЛ ПРОТИВ</p> <p>а) Швеции;  б) Италии;  в) Финляндии;  г) Венгрии;  д) Словакии.</p>	а)	История
УК-1	<p>ДОГОВОР ОТ 30 ДЕКАБРЯ 1922 Г. ОБ ОБРАЗОВАНИИ СССР В 1991 Г. БЫЛ</p> <p>а) пролонгирован;  б) денонсирован;</p>	б)	История

	<p>в) расторгнут;  г) разорван;  д) парафирован.</p>		
УК-1	<p>ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЙ ПРАВОВОЙ АКТ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ</p> <p>а) «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ- инфекции)»  б) «О медицинском страховании граждан в РФ»  в) « О донорстве крови и ее компонентов»  г) «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан»  д) «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»</p>	г)	Правоведение
УК-1	<p>СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, СУЩЕСТВУЮЩИЕ В РФ</p> <p>а) государственная  б) частная, государственная  в) муниципальная  г) государственная, частная, муниципальная  д) частная, муниципальная</p>	г)	Правоведение
УК-1	<p>МОРАЛЬНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТ ПРАВОВОГО ОТЛИЧАЕТ</p> <p>а) свобода выбора действия  б) произвольность мотива деятельности  в) уголовная безнаказанность  г) социальное одобрение  д) наличие денежной заинтересованности</p>	а)	Правоведение
УК-1	<p>К ЛИЧНЫМ ПРАВАМ, ЗАКРЕПЛЕННЫМ В КОНСТИТУЦИИ РФ, ОТНОСЯТСЯ</p> <p>а) право на жизнь  б) право участвовать в управлении делами государства  в) право на отдых  г) право на жилище  д) право на охрану здоровья и медицинскую помощь</p>	а)	Правоведение
УК-1	<p>К ПОЛНОМОЧИЯМ ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТНОСИТСЯ</p> <p>а) осуществление мер по обеспечению законности  б) осуществление управления муниципальной собственностью  в) назначение референдума в порядке, установленном федеральным конституционным законом  г) назначение на должность Генерального прокурора Российской Федерации  д) назначение выборов</p>	б)	Правоведение
УК-1	<p>РЕШЕНИЕ О ПРИЗНАНИИ ЛИЦА ОГРАНИЧЕННО ДЕЕСПОСОБНЫМ В СООТВЕТСТВИИ С НОРМАМИ</p>	а)	Правоведение



	<p>ГРАЖДАНСКОГО КОДЕКСА РФ ПРИНИМАЕТ</p> <p>а) суд общей юрисдикции  б) орган опеки и попечительства  в) врачебная экспертиза по месту жительства лица  г) наркологический диспансер  д) лечащий врач</p>		
УК-1	<p>ЕСЛИ СТАТИСТИЧЕСКОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПОДЧИНЯЕТСЯ НОРМАЛЬНОМУ ЗАКОНУ, ТО</p> <p>а) мода больше выборочной средней;  б) мода больше медианы, но меньше выборочной средней;  в) мода, медиана и выборочная средняя совпадают  г) выборочная средняя больше моды, но меньше медианы  д) медиана больше моды, но меньше медианы</p>	в)	Физика, математика
УК-1	<p>ПРИ УРОВНЕ ЗНАЧИМОСТИ 0,05 ДОВЕРИТЕЛЬНАЯ ВЕРОЯТНОСТЬ РАВНА</p> <p>а) 0,99  б) 0,995  в) 0,95  г) 0,05  д) 0,5</p>	в)	Физика, математика
УК-1	<p>КРОВЬ ЯВЛЯЕТСЯ НЕНЬЮТОНОВСКОЙ ЖИДКОСТЬЮ, ТАК КАК</p> <p>а) она течет по сосудам с большой скоростью  б) ее течение является ламинарным  в) она содержит склонные к агрегации форменные элементы  г) ее течение является турбулентным  д) она течет по сосудам с маленькой скоростью</p>	в)	Физика, математика
УК-1	<p>КОНЦЕНТРАЦИОННАЯ КОЛОРИМЕТРИЯ – МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ</p> <p>а) концентрации оптически активных веществ в растворах .  б) концентрации веществ в окрашенных растворах.  в) концентрации веществ неокрашенных растворов.  г) показателя преломления окрашенных растворов.  д) показателя преломления окрашенных растворов</p>	б)	Физика, математика
УК-1	<p>ПОНЯТИЯ «ФЕНОМЕН» И «НОУМЕН» СВЯЗАНЫ КАК</p> <p>а) причина и следствие  б) часть и целое  в) противоположные по значению  г) сходные по значению  д) общее и частное</p>	в)	Философия
УК-1	<p>ПОНЯТИЕ «ДИАЛЕКТИКА» ОТНОСИТСЯ К ПОНЯТИЮ «МЕТАФИЗИКА» КАК</p> <p>а) общество и личность  б) личность и индивид  в) цель и средство  г) дедуктивный и индуктивный  д) опыт и эмпиризм</p>	г)	Философия

УК-1	РАЦИОНАЛИЗМ И ЭМПИРИЗМ СЛЕДУЕТ СРАВНИВАТЬ ПО КРИТЕРИЮ а) способности мышления б) цели познания в) источника знания г) субъекта познания д) состояния сознания	в)	Философия
УК-1	ПАРУ ПОНЯТИЙ «СТИХИЯ – ВОДА» ПО АНАЛОГИИ СЛЕДУЕТ СООТНЕСТИ С ПАРОЙ а) субстанция – атрибут б) тезис – антитезис в) единое -многое г) причина – следствие д) материя - движение	в)	Философия
УК-1	ОТНОШЕНИЯ В ПАРЕ ПОНЯТИЙ «СУБСТАНЦИЯ-АТРИБУТ» АНАЛОГИЧНЫ ОТНОШЕНИЯМ В ПАРЕ ПОНЯТИЙ а) часть – целое б) материя – движение в) идея – вещь г) пространство – время д) код - закономерность	б)	Философия
УК-1	ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ЛЮБОЙ ДЕФИНИЦИИ ПОНЯТИЯ ЯВЛЯЕТСЯ а) перечисление синонимов б) указание на контекст применения в) сложносоставное предложение г) указание на род и вид д) противопоставление	г)	Философия
УК-1	ДИАЛЕКТИЧЕСКАЯ ЛОГИКА В ОТЛИЧИЕ ОТ ФОРМАЛЬНОЙ ТРЕБУЕТ а) сомнения б) сравнения в) исключения лишнего г) противоречия д) установления аналогии	г)	Философия
УК-1	ОТНОШЕНИЯ МЕЖДУ ПОНЯТИЯМИ В ПАРЕ СКЕПСИС – ДОГМА ТАКИЕ ЖЕ КАК В ПАРЕ а) общее – частное б) часть – целое в) цель – результат г) причина – следствие д) тезис - антитезис	д)	Философия
УК-1	ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ ИЗУЧАЕТ а) структурные особенности б) функции основных систем и органов в) метаболические процессы в организме г) проявления болезней д) общие закономерности возникновения, развития, течения и исходов болезней	д)	Патологическая физиология
УК-1	ДЛЯ ХРОМОСОМНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ХАРАКТЕРНО	в)	Патологическая физиология

	<ul style="list-style-type: none"> <li>а) наследование по законам Менделя</li> <li>б) распространение «по вертикали»</li> <li>в) нарушение мейоза при гаметогенезе</li> <li>г) обязательно болен один из родителей</li> <li>д) развитие болезни только угомозигот</li> </ul>		
УК-1	<p>ГЛАВНЫМ ЗВЕНОМ ПАТОГЕНЕЗА ГЕМИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) уменьшение объемного кровотока</li> <li>б) затруднение диффузии O<sub>2</sub> через альвеолярно-капиллярную мембрану</li> <li>в) уменьшение кислородной емкости крови</li> <li>г) разобщение окисления и фосфорилирования</li> <li>д) уменьшение сердечного выброса</li> </ul>	в)	Патологическая физиология
УК-1	<p>ГЛАВНЫМ ЗВЕНОМ ПАТОГЕНЕЗА ДЫХАТЕЛЬНОЙ ГИПОКСИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) уменьшение объемного кровотока</li> <li>б) нарушение оксигенации венозной крови</li> <li>в) уменьшение кислородной емкости крови</li> <li>г) затруднение использования кислорода в клетке</li> <li>д) понижение парциального давления O<sub>2</sub> во вдыхаемом воздухе</li> </ul>	б)	Патологическая физиология
УК-1	<p>ГЛАВНЫМ ЗВЕНОМ ПАТОГЕНЕЗА ТКАНЕВОЙ ГИПОКСИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) уменьшение минутного объема крови</li> <li>б) затруднение оксигенации венозной крови</li> <li>в) уменьшение кислородной емкости крови</li> <li>г) затруднения использования O<sub>2</sub> в клетке</li> <li>д) понижение парциального давления O<sub>2</sub> во вдыхаемом воздухе</li> </ul>	г)	Патологическая физиология
УК-1	<p>ПРИ ИШЕМИИ СОСУДИСТОЕ СОПРОТИВЛЕНИЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) возрастает для притока</li> <li>б) возрастает для оттока</li> <li>в) понижается для притока</li> <li>г) понижается для оттока</li> <li>д) не изменяется</li> </ul>	а)	Патологическая физиология
УК-1	<p>ЭТИКА - ЭТО УЧЕНИЕ О</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) поведении медперсонала</li> <li>б) социальных проблемах общества</li> <li>в) морали и нравственности</li> <li>г) человеческой мудрости</li> <li>д) причинах и условиях болезней</li> </ul>	в)	Биоэтика
УК-1	<p>БИОЭТИКА – ЭТО УЧЕНИЕ О</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) поведении врача</li> <li>б) поведении медицинской сестры</li> <li>в) долге и обязанностях медицинского персонала</li> <li>г) нравственной стороне деятельности человека в медицине и биологии.</li> <li>д) поведении провизора</li> </ul>	г)	Биоэтика
УК-1	<p>ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ БИОЭТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) защита человека от возможных негативных влияний медицины и биологии;</li> </ul>	а)	Биоэтика

	б) защита общества; в) защита медицинской науки; г) защита врача. д) защита экологии		
УК-1	КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ ЭТО а) неразглашение больным своего диагноза родственникам; б) неразглашение врачом больному его диагноза; в) неразглашение врачом диагноза больного третьим лицам; г) неразглашение родственниками больного диагноза третьим лицам; д) неразглашение диагноза законным представителям пациента	б)	Биоэтика
УК-1	ПОНЯТИЕ «ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ» ВКЛЮЧАЕТ ИНФОРМАЦИЮ О а) цели и характере предполагаемого вмешательства, б) положительных результатах вмешательства, в) возможных последствиях отказа от вмешательства, г) врачебной тайне, д) видах ответственности при отказе от медицинского вмешательства	а)	Биоэтика
УК-1	КАКОЙ ВИД ВООБРАЖЕНИЯ ОПИСАН: «А.М. ГОРЬКИЙ СЕТОВАЛ МОЛОДЫМ ПИСАТЕЛЯМ: «ЕСЛИ ВЫ ОПИСЫВАЕТЕ ЛАВОЧНИКА – НАДО СДЕЛАТЬ ЭТО ТАК, ЧТОБЫ В ОДНОМ ЛАВОЧНИКЕ БЫЛО ОПИСАНО 30 ЛАВОЧНИКОВ, В ОДНОМ ПОПЕ – 30 ПОПОВ, ЧТОБЫ ЕСЛИ ЭТУ ВЕЩЬ ЧИТАЮТ В ХЕРСОНЕ, ВИДЕЛИ ХЕРСОНСКОГО ПОПА, А В АРЗАМАСЕ – АРЗОМАССКОГО ПОПА»: а) агглютинация, б) заострение, в) гиперболизация, г) типизация, д) схематизация	г)	Психология и педагогика
УК-1	КАКАЯ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ НЕ ОТНОСИТСЯ К ХАРАКТЕРИСТИКЕ НАУЧНОЙ ПСИХОЛОГИИ: а) обобщённая, б) не ограничена в материалах, в) конкретна, г) основной метод – эксперимент д) рациональна,	г)	психология и педагогика
УК-1	КАКОЕ ИЗ ОПИСАННЫХ ЯВЛЕНИЙ ОТНОСИТСЯ К НЕОСОЗНАВАЕМЫМ РЕАКЦИЯМ СОПРОВОЖДАЮЩИМ СОЗНАТЕЛЬНЫЕ ДЕЙСТВИЯ: а) Человек который смотрит на другого порезавшего палец строит горестную гримасу,	в)	Психология и педагогика

	<p>сопереживая ему и совершенно этого не заметит,</p> <p>б) Если вы сидите в тёмной комнате и со страхом ждёте чего-то угрожающего, то и в самом деле начинают слышаться шаги и подозрительные шорохи,</p> <p>в) Выключатель перенесли на другую стену, а рука по прежнему тянется к прежнему его месту,</p> <p>г) И.Ньютон открыл закон всемирного тяготения когда ему на голову свалилось яблоко,</p> <p>д) «Когда Маше говорили комплимент она вся заливалась краской»</p>		
УК-1	<p>КАКАЯ ОСОБЕННОСТЬ ОЩУЩЕНИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ОПИСАННОЙ СИТУАЦИИ: ТЕМПЕРАТУРА ПОМЕЩЕНИЙ ОКРАШЕННЫХ В ХОЛОДНЫЕ ТОНА ВОСПРИНИМАЕТСЯ НА 3-5 С НИЖЕ, ЧЕМ НА САМОМ ДЕЛЕ</p> <p>а) адаптация,</p> <p>б) сенсбилизация,</p> <p>в) взаимодействие ощущений,</p> <p>г) синестезия,</p> <p>д) специфическая сенсорная организация.</p>	а)	Психология и педагогика
УК-1	<p>КАКАЯ ЗАКОНОМЕРНОСТЬ ПРОЦЕССА ВОСПРИЯТИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В СИТУАЦИИ: ЧЕЛОВЕК МГНОВЕННО МОЖЕТ РАСПОЗНАТЬ ЛЮБУЮ ФИГУРУ, НАПРИМЕР, КВАДРАТ, НЕЗАВИСИМО ОТ ТОГО БОЛЬШОЙ ОН ИЛИ МАЛЕНЬКИЙ, НАРИСОВАН НА БЕЛОМ ИЛИ НА ЧЁРНОМ ФОНЕ, НЕЗАВИСИМО ОТ УГЛА НАКЛОНА ПОД КОТОРЫМ МЫ НА НЕГО СМОТРИМ</p> <p>а) осмысленность,</p> <p>б) выделение предмета и фона,</p> <p>в) константность,</p> <p>г) предметность.</p> <p>д) все ответы верны</p>	в)	психология и педагогика
УК-1	<p>ОПРЕДЕЛИТЕ ВИД МЫШЛЕНИЯ РЕБЁНКА, КОТОРЫЙ ДАВАЛ ОТВЕТЫ НА ВОПРОС «ЧТО ТАКОЕ МЫШКА?»: ОНА МАЛЕНЬКАЯ, СЕРЕНЬКАЯ, У НЕЁ ЕСТЬ ХВОСТИК, ЛАПКИ</p> <p>а) наглядно-действенное,</p> <p>б) наглядно-образное,</p> <p>в) абстрактно-действенное,</p> <p>г) словесно-логическое.</p> <p>д) все ответы верны</p>	б)	Психология и педагогика
УК-1	<p>ОПРЕДЕЛИТЕ ВИД УМОЗАКЛЮЧЕНИЯ: - КОГДА БОБИКУ НАСТУПИЛИ НА ХВОСТ – ОН ОГРЫЗНУЛСЯ; - КОГДА ШАРИКУ НАСТУПИЛИ НА ХВОСТ – ОН ОГРЫЗНУЛСЯ - ВСЕ СОБАКИ, КОГДА ИМ НАСТУПАЮТ НА ХВОСТ ОГРЫЗАЮТСЯ</p> <p>а) аналогия,</p> <p>б) дедукция,</p>	в)	Психология и педагогика

	<p>в) индукция,  г) абстрагирование  д) все ответы верны</p>		
УК-1	<p>КАКОЙ ПРИЁМ ВООБРАЖЕНИЯ  ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В КАРИКАТУРЕ:  а) агглютинация,  б) гиперболизация,  в) заострение,  г) типизация,  д) схематизация.</p>	в)	Психология и педагогика
УК-1	<p>ОПРЕДЕЛИТЕ КАКАЯ ФОРМА ПРОЦЕССА  ВОСПРОИЗВЕДЕНИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В  ОПИСАННОЙ СИТУАЦИИ: НА ЭКЗАМЕНЕ ПО  МАТЕМАТИКЕ УЧЕНИК НИКАК НЕ МОГ  ВСПОМНИТЬ НЕОБХОДИМУЮ ФОРМУЛУ, НО  НАКОНЕЦ ЕМУ ЭТО УДАЛОСЬ:  а) узнавание,  б) реминисценция,  в) припоминание,  г) воспоминание.  д) все ответы верны</p>	в)	Психология и педагогика
УК-1	<p>ТЕОРИЯ, РАССМАТРИВАЮЩАЯ ЭМОЦИИ  КАК СУБЪЕКТИВНОЕ ОТРАЖЕНИЕ  ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ И  УТВЕРЖДАЮЩАЯ ИХ ПРОИЗВОЛЬНЫЙ  ХАРАКТЕР ОТ ПРОЦЕССОВ,  ПРОИСХОДЯЩИХ В ОРГАНИЗМЕ, ИМЕЕТ  НАЗВАНИЕ:  а) Теория Джемса-Ланге;  б) Теория Кеннона-Барда;  в) Теория социального научения;  г) Теория П.Я. Гальперина и Д.Б. Эльконина.  д) Теория В. Франкла</p>	а)	Психология и педагогика
УК-1	<p>АГРЕССИВНОСТЬ И ВРАЖДЕБНОСТЬ КАК  ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ  СВОЙСТВА ЛИЧНОСТИ,  ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИ ИЗУЧАЮТСЯ С  ПОМОЩЬЮ:  а) Теста-задания Т. Дембо и С.Я. Рубинштейн;  б) Тестовой методики А. Басса и А. Дарки;  в) Теста-опросника Г.Ю. Айзенка и А.Г. Шмелева;  г) Методики С.Л. Рубинштейна и К.А.  Абульхановой- Славской.  д) Тет К. Томаса</p>	б)	Психология и педагогика
УК-1	<p>ОСНОВНОЙ ЗАДАЧЕЙ ПСИХОЛОГИИ  ЯВЛЯЕТСЯ ...  а) коррекция социальных норм поведения  б) изучение законов психической деятельности  в) разработка проблем истории психологии  г) совершенствование методов исследования  д) все ответы верны</p>	б)	Психология и педагогика
УК-1	<p>КАКАЯ ЗАКОНОМЕРНОСТЬ ОЩУЩЕНИЯ</p>	г)	Психология и педагогика

	<p>ПРОЯВЛЯЕТСЯ : СКРЯБИН И РИМСКИЙ КОРСАКОВ ОБЛАДАЛИ ЦВЕТНЫМ СЛУХОМ, Т.Е. СЛЫШАЛИ ЗВУКИ ОКРАШЕННЫЕ В РАЗНЫЕ ЦВЕТА</p> <p>а) адаптация,  б) сенсбилизация,  в) взаимодействие ощущений,  г) синестезия,  д) специфическая сенсорная организация</p>		педагогика
УК-1	<p>КАКИЕ ТЕЗИСЫ ОТНОСЯТСЯ К ПОЛОЖЕНИЯМ БИХЕВИОРИЗМА:</p> <p>а) ...человек, его права, свобода, индивидуальность – вот высшие ценности,  б) личность – это сумма обусловленных реакций,  в) основу психической жизни человека составляют неосознаваемые влечения и потребности,  г) основными методами обучения являются поощрение и наказание,  д) более важно как человек воспринимает свой внутренний мир, а не окружающую реальность</p>	г)	Психология и педагогика
УК-1	<p>КАКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЧЕЛОВЕКА ОТНОСЯТСЯ К ХАРАКТЕРИСТИКЕ ЕГО КАК ЛИЧНОСТИ:</p> <p>а) целеустремлённость,  б) цвет глаз,  в) принадлежность к виду <i>Homo sapiens</i>,  г) общительность,  д) эмоциональная чувствительность</p>	а)	Психология и педагогика
УК-1	<p>КАКАЯ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ НЕ ОТНОСИТСЯ К ХАРАКТЕРИСТИКЕ НАУЧНОЙ ПСИХОЛОГИИ:</p> <p>а) обобщённая,  б) не ограничена в материалах,  в) конкретна,  г) основной метод – эксперимент  д) рациональна,</p>	г)	Психология и педагогика
УК-1	<p>КАКОЕ ИЗ ОПИСАННЫХ ЯВЛЕНИЙ ОТНОСИТСЯ К НЕОСОЗНАВАЕМЫМ РЕАКЦИЯМ СОПРОВОЖДАЮЩИМ СОЗНАТЕЛЬНЫЕ ДЕЙСТВИЯ:</p> <p>а) Человек который смотрит на другого порезавшего палец строит горестную гримасу, сопереживая ему и совершенно этого не замечет,  б) Если вы сидите в тёмной комнате и со страхом ждёте чего-то угрожающего, то и в самом деле начинают слышаться шаги и подозрительные шорохи,  в) Выключатель перенесли на другую стену, а рука по прежнему тянется к прежнему его месту,  г) И.Ньютон открыл закон всемирного тяготения когда ему на голову свалилось яблоко,  д) «Когда Маше говорили комплимент она вся</p>	в)	Психология и педагогика

	заливалась краской»		
УК-1	КАКАЯ ОСОБЕННОСТЬ ОЩУЩЕНИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ОПИСАННОЙ СИТУАЦИИ: ТЕМПЕРАТУРА ПОМЕЩЕНИЙ ОКРАШЕННЫХ В ХОЛОДНЫЕ ТОНА ВОСПРИНИМАЕТСЯ НА 3-5 С НИЖЕ, ЧЕМ НА САМОМ ДЕЛЕ а) адаптация, б) сенсбилизация, в) взаимодействие ощущений, г) синестезия, д) специфическая сенсорная организация.	а)	Психология и педагогика
УК-1	КАКАЯ ЗАКОНОМЕРНОСТЬ ПРОЦЕССА ВОСПРИЯТИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В СИТУАЦИИ: ЧЕЛОВЕК МГНОВЕННО МОЖЕТ РАСПОЗНАТЬ ЛЮБУЮ ФИГУРУ, НАПРИМЕР, КВАДРАТ, НЕЗАВИСИМО ОТ ТОГО БОЛЬШОЙ ОН ИЛИ МАЛЕНЬКИЙ, НАРИСОВАН НА БЕЛОМ ИЛИ НА ЧЁРНОМ ФОНЕ, НЕЗАВИСИМО ОТ УГЛА НАКЛОНА ПОД КОТОРЫМ МЫ НА НЕГО СМОТРИМ а) осмысленность, б) выделение предмета и фона, в) константность, г) предметность. д) все ответы верны	в)	Психология и педагогика
УК-1	ОПРЕДЕЛИТЕ ВИД МЫШЛЕНИЯ РЕБЁНКА, КОТОРЫЙ ДАВАЛ ОТВЕТЫ НА ВОПРОС «ЧТО ТАКОЕ МЫШКА?»: ОНА МАЛЕНЬКАЯ, СЕРЕНЬКАЯ, У НЕЁ ЕСТЬ ХВОСТИК, ЛАПКИ а) наглядно-действенное, б) наглядно-образное, в) абстрактно-действенное, г) словесно-логическое. д) все ответы верны	б)	Психология и педагогика
УК-1	ОПРЕДЕЛИТЕ ВИД УМОЗАКЛЮЧЕНИЯ: - КОГДА БОБИКУ НАСТУПИЛИ НА ХВОСТ – ОН ОГРЫЗНУЛСЯ; - КОГДА ШАРИКУ НАСТУПИЛИ НА ХВОСТ – ОН ОГРЫЗНУЛСЯ- ВСЕ СОБАКИ, КОГДА ИМ НАСТУПАЮТ НА ХВОСТ ОГРЫЗАЮТСЯ а) аналогия, б) дедукция, в) индукция, г) абстрагирование д) все ответы верны	в)	Психология и педагогика
УК-1	НАЗОВИТЕ ОТЛИЧИЯ ПЛОТНОЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ОТ РЫХЛОЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ... а) определённая направленность редких волокон в тканевом матриксе б) большое количество макрофагов в) относительно большое содержание основного	д)	Гистология



	<p>аморфного вещества</p> <p>г) меньшая интенсивность синтеза гликозаминогликанов в тучных клетках</p> <p>д) большое количество плотно расположенных волокон и незначительное количество клеток и аморфного вещества</p>		
УК-1	<p>ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСТЕОМАЛЯЦИИ...</p> <p>а) снижение общего объема костной ткани, приводящее к повышенной склонности к переломам</p> <p>б) патология скелета, возникающая при недостаточной минерализации органического матрикса костей</p> <p>в) процесс образования костной ткани</p> <p>г) избыточное образование костной ткани</p> <p>д) увеличение количества костных перекладин, их утолщение</p>	б)	Гистология
УК-1	<p>ЧТО ВХОДИТ В ПОНЯТИЕ ТРИАДЫ СКЕЛЕТНОГО МЫШЕЧНОГО ВОЛОКНА?</p> <p>а) две половины I-диска и один А-диск</p> <p>б) две актиновые и одну миозиновую нити</p> <p>в) две цистерны саркоплазматического ретикулума и одну Т-трубочку</p> <p>г) два ядра мышечного волокна и одну клетку-сателлит</p> <p>д) два иона Ca<sup>2+</sup> и одну молекулу тропонина С</p>	в)	Гистология
УК-1	<p>КАК НАЗЫВАЕТСЯ ОПЕРАЦИЯ УДАЛЕНИЯ ВЕН?</p> <p>а) резекция</p> <p>б) энуклеация</p> <p>в) флебэктомия</p> <p>г) деваскуляция</p> <p>д) экстерпация</p>	в)	Оперативная хирургия
УК-1	<p>КАКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО МОЖЕТ БЫТЬ ОСУЩЕСТВЛЕНО С ПОМОЩЬЮ ПРИЁМОВ РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ХИРУРГИИ?</p> <p>а) резекция сосуда</p> <p>б) эмболизация</p> <p>в) удаление сосуда</p> <p>г) всё перечисленное</p> <p>д) всё неверно</p>	Б)	Оперативная хирургия
УК-1	<p>ТЕХНОЛОГИЯ МЕТОДОВ СЕКВЕНИРОВАНИЯ ДНК НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ ПОЗВОЛЯЕТ</p> <p>а) позволяет получить сразу несколько копий всей ДНК</p> <p>б) позволяет «прочитать» сразу конкретный участок генома</p> <p>в) позволяет «прочитать» одновременно сразу несколько участков генома</p> <p>г) позволяет «прочитать» только выделенный участок ДНК</p> <p>д) позволяет «прочитать» только повторяющиеся</p>	в)	Молекулярная биология

	участки ДНК		
УК-1	<p>ДЛЯ ВСЕХ СЕКВЕНАТОРОВ СХЕМА РАБОТЫ ПОЛУЧЕНИЯ ДНК-ЧИПОВ ОДНА И СОСТОИТ ИЗ</p> <p>а) создание библиотеки и её определение  б) получение ампликонов и их определение  в) создание библиотеки и ампликонов  г) создание библиотеки, создание ампликонов и определение фрагментов  д) определение первичной последовательности фрагментов</p>	г)	Молекулярная биология
УК-1	<p>МЕТОД ПЦР–ДИАГНОСТИКИ ИСПОЛЬЗУЕТ ПРИНЦИПЫ</p> <p>а) биохимии  б) микробиологии  в) молекулярной биологии  г) генетики  д) иммунологии</p>	в)	Молекулярная биология
УК-1	<p>ДНК–ДИАГНОСТИКА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ</p> <p>а) определения отцовства  б) определения группы крови  в) определения Rh-фактора  г) определения наследования, сцепленного с полом  д) определения наследования половых хромосом</p>	а)	Молекулярная биология
УК-1	<p>РАНА ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ, ПРОНИКАЮЩАЯ В ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА, КВАЛИФИЦИРУЕТСЯ</p> <p>а) как тяжкий вред здоровью  б) как вред здоровью средней тяжести  в) как легкий вред здоровью  г) расценивается как повреждение, не причинившее вред здоровью  д) оценке не подлежит</p>	а)	Судебная медицина
УК-1	<p>ПРЕУМЕНЬШЕНИЕ ПАЦИЕНТОМ КАКОГО-ЛИБО СИМПТОМА ИЛИ БОЛЕЗНЕННОГО СОСТОЯНИЯ ИЛИ СОКРЫТИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЭТО</p> <p>а) симуляция  б) диссимуляция  в) аггравация  г) дезаггравация  д) ложь</p>	г)	Судебная медицина
УК-7	<p>СЛОВА И ДЕЙСТВИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА СОКРЫТИЕ ИМЕЮЩИХСЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЭТО</p> <p>а) симуляция  б) диссимуляция  в) аггравация  г) дезаггравация  д) ложь</p>	б)	Судебная медицина
УК-1	<p>ИЗОБРАЖЕНИЕ НЕСУЩЕСТВУЮЩЕЙ БОЛЕЗНИ ЭТО</p> <p>а) симуляция</p>	а)	Судебная медицина

	б) диссимуляция в) аггравация г) дезаггравация		
УК-1	ЗАКРЫТАЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА В ВИДЕ СОТРЯСЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА КВАЛИФИЦИРУЕТСЯ а) как тяжкий вред здоровью б) как вред здоровью средней тяжести в) как легкий вред здоровью г) как повреждение, не причинившее вред здоровью д) как повреждение не подлежащее оценке	в)	Судебная медицина
УК-1	МЕТОД, СУТЬ КОТОРОГО СВОДИТСЯ К НЕПОСРЕДСТВЕННОМУ ОБЩЕНИЮ ИССЛЕДОВАТЕЛЯ С РЕСПОНДЕНТОМ И ВОПРОСНО-ОТВЕТНОМУ ДИАЛОГУ, НАЗЫВАЕТСЯ а) наблюдение б) интервью в) эксперимент г) анкетный опрос д) анализ документов	б)	Социология
УК-1	ЧЕЛОВЕК, КОТОРЫЙ ЯВЛЯЕТСЯ ИСТОЧНИКОМ ПЕРВИЧНОЙ СОЦИОЛОГИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ, ЭТО а) Оппонент б) Коллега в) Рецензент г) Респондент д) Интервьюер	г)	Социология
УК-1	СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, ЦЕЛЮ КОТОРОГО ВЫСТУПАЕТ ПРИРАЩЕНИЕ НАУЧНО-ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ЗНАНИЯ, НАЗЫВАЮТ а) аналитическим б) пилотажным в) прикладным г) фундаментальным д) повторным	г)	Социология
УК-1	СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, ПРОВОДИМОЕ ДЛЯ ПРОВЕРКИ МЕТОДИКИ ИССЛЕДОВАНИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ И Т.Д., НАЗЫВАЮТ а) аналитическим б) пилотажным в) прикладным г) фундаментальным д) первичным	б)	Социология
УК-1	СИСТЕМА ОПЕРАЦИЙ, ПРЕДПИСАНИЙ С УКАЗАНИЕМ ПРОЦЕДУР ИХ ПРИМЕНЕНИЯ В СОЦИОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ, НАЗЫВАЕТСЯ а) валидностью	в)	Социология

	<ul style="list-style-type: none"> <li>б) методом</li> <li>в) методикой</li> <li>г) репрезентативностью</li> <li>д) рабочей программой</li> </ul>		
УК-1	<p>СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, ПРОВОДИМОЕ В РЕАЛЬНОЙ СОЦИАЛЬНОЙ СИТУАЦИИ, НАЗЫВАЮТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) аналитическим</li> <li>б) оперативным</li> <li>в) повторным</li> <li>г) сплошным</li> <li>д) полевым</li> </ul>	д)	Социология
УК-1	<p>ВЫЯВЛЕНИЕ ХАРАКТЕРА МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ В МАЛЫХ СОЦИАЛЬНЫХ ГРУППАХ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ, КАК ПРАВИЛО, С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) анкетного опроса</li> <li>б) интервью</li> <li>в) социометрического опроса</li> <li>г) экспертного опроса</li> <li>д) фокус-группы</li> </ul>	в)	Социология
УК-1	<p>ВАЖНЕЙШЕЙ ХАРАКТЕРИСТИКОЙ ВЫБОРКИ В СОЦИОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ВЫСТУПАЕТ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) валидность</li> <li>б) гетерогенность</li> <li>в) гомогенность</li> <li>г) репрезентативность</li> <li>д) систематичность</li> </ul>	г)	Социология
УК-1	<p>ВОПРОС СОЦИОЛОГИЧЕСКОЙ АНКЕТЫ, НА КОТОРЫЙ РЕСПОНДЕНТ ДОЛЖЕН САМОСТОЯТЕЛЬНО СФОРМУЛИРОВАТЬ СОДЕРЖАНИЕ СВОЕГО ОТВЕТА, НАЗЫВАЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) открытым</li> <li>б) контактным</li> <li>в) простым</li> <li>г) сложным</li> <li>д) закрытым</li> </ul>	а)	Социология
УК-1	<p>ИСТОЧНИКОМ ИНФОРМАЦИИ ПРИ СБОРЕ СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ДАННЫХ МЕТОДОМ НАБЛЮДЕНИЯ ВЫСТУПАЕТ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) внешнее проявление социального явления</li> <li>б) документ</li> <li>в) организованная социальная ситуация</li> <li>г) человек</li> <li>д) данные исследования</li> </ul>	а)	Социология
УК-1	<p>ОДНИМ ИЗ НЕДОСТАТКОВ МЕТОДА НАБЛЮДЕНИЯ В СОЦИОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ВЫСТУПАЕТ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) активное продуцированию гипотез</li> <li>б) локальность изучаемой ситуации</li> <li>в) оперативность получения информации</li> </ul>	б)	Социология

	г) совместимость с другими методами д) фиксация сразу по нескольким параметрам		
УК-1	ИСТОЧНИКОМ ИНФОРМАЦИИ ПРИ СБОРЕ СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ДАННЫХ МЕТОДОМ КОНТЕНТ-АНАЛИЗА ВЫСТУПАЕТ а) внешнее проявление социального явления б) документ в) организованная социальная ситуация г) человек д) группа	б)	Социология
УК - 1	СКРИННИНГОВАЯ МАММОГРАФИЯ ПРОВОДИТСЯ ЖЕНЩИНАМ: а) с 25 лет б) с 35 лет в) с 40 лет г) с 50 лет	в)	Онкология
УК-2	ВИД ИНФОРМАЦИОННО-СПРАВОЧНОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ, ЯВЛЯЮЩЕЙСЯ СПОСОБОМ ОПЕРАТИВНОГО ИНФОРМАЦИОННОГО ОБМЕНА МЕЖДУ ОРГАНИЗАЦИЯМИ, НАЗЫВАЕТСЯ: а) документацией для служебного пользования; б) статистической отчетностью; в) перепиской; г) документы для служебного пользования д) почта	в)	ОЗД
УК-2	ДЕЛОПРОИЗВОДСТВО – ЭТО: а) деятельность по документированию, документообороту, оперативному хранению и использованию документов; б) процедура создания, тиражирования и регистрации входящей и исходящей документации организации; в) непосредственное создание официальных документов на предприятии; г) деятельность по приему, сортировке и отправке документов; д) деятельность по приему, сортировке и отправке входящей и исходящей документации организации	а)	ОЗД
УК-3	КАКОЙ ВИД ВООБРАЖЕНИЯ ОПИСАН: «А.М. ГОРЬКИЙ СЕТОВАЛ МОЛОДЫМ ПИСАТЕЛЯМ: «ЕСЛИ ВЫ ОПИСЫВАЕТЕ ЛАВОЧНИКА – НАДО СДЕЛАТЬ ЭТО ТАК, ЧТОБЫ В ОДНОМ ЛАВОЧНИКЕ БЫЛО ОПИСАНО 30 ЛАВОЧНИКОВ, В ОДНОМ ПОПЕ – 30 ПОПОВ, ЧТОБЫ ЕСЛИ ЭТУ ВЕЩЬ ЧИТАЮТ В ХЕРСОНЕ, ВИДЕЛИ ХЕРСОНСКОГО ПОПА, А В АРЗАМАСЕ – АРЗОМАССКОГО ПОПА»: а) агглютинация, б) заострение,	г)	Психология и педагогика

	<p>в) гиперболизация, г) типизация, д) схематизация</p>		
УК-3	<p>КАКОЙ ПРИЁМ ВООБРАЖЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В КАРИКАТУРЕ: а) агглютинация, б) гиперболизация, в) заострение, г) типизация, д) схематизация.</p>	в)	Психология и педагогика
УК-3	<p>ОПРЕДЕЛИТЕ КАКАЯ ФОРМА ПРОЦЕССА ВОСПРОИЗВЕДЕНИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ОПИСАННОЙ СИТУАЦИИ: НА ЭКЗАМЕНЕ ПО МАТЕМАТИКЕ УЧЕНИК НИКАК НЕ МОГ ВСПОМНИТЬ НЕОБХОДИМУЮ ФОРМУЛУ, НО НАКОНЕЦ ЕМУ ЭТО УДАЛОСЬ: а) узнавание, б) реминисценция, в) припоминание, г) воспоминание. д) все ответы верны</p>	в)	Психология и педагогика
УК-3	<p>ТЕОРИЯ, РАССМАТРИВАЮЩАЯ ЭМОЦИИ КАК СУБЪЕКТИВНОЕ ОТРАЖЕНИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ И УТВЕРЖДАЮЩАЯ ИХ ПРОИЗВОЛЬНЫЙ ХАРАКТЕР ОТ ПРОЦЕССОВ, ПРОИСХОДЯЩИХ В ОРГАНИЗМЕ, ИМЕЕТ НАЗВАНИЕ: а) Теория Джемса-Ланге; б) Теория Кеннона-Барда; в) Теория социального научения; г) Теория П.Я. Гальперина и Д.Б. Эльконина. д) Теория В. Франкла</p>	а)	Психология и педагогика
УК-3	<p>АГРЕССИВНОСТЬ И ВРАЖДЕБНОСТЬ КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ СВОЙСТВА ЛИЧНОСТИ, ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИ ИЗУЧАЮТСЯ С ПОМОЩЬЮ: а) Теста-задания Т. Дембо и С.Я. Рубинштейн; б) Тестовой методики А. Басса и А. Дарки; в) Теста-опросника Г.Ю. Айзенка и А.Г. Шмелева; г) Методики С.Л. Рубинштейна и К.А. Абульхановой- Славской. д) Тет К. Томаса</p>	б)	Психология и педагогика
УК-3	<p>ОСНОВНОЙ ЗАДАЧЕЙ ПСИХОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ а) коррекция социальных норм поведения б) изучение законов психической деятельности в) разработка проблем истории психологии г) совершенствование методов исследования д) все ответы верны</p>	б)	Психология и педагогика
УК-3	КАКАЯ ЗАКОНОМЕРНОСТЬ ОЩУЩЕНИЯ	г)	Психология и

	<p>ПРОЯВЛЯЕТСЯ : СКРЯБИН И РИМСКИЙ КОРСАКОВ ОБЛАДАЛИ ЦВЕТНЫМ СЛУХОМ, Т.Е. СЛЫШАЛИ ЗВУКИ ОКРАШЕННЫЕ В РАЗНЫЕ ЦВЕТА</p> <p>а) адаптация, б) сенсбилизация, в) взаимодействие ощущений, г) синестезия, д) специфическая сенсорная организация</p>		педагогика
УК-3	<p>КАКИЕ ТЕЗИСЫ ОТНОСЯТСЯ К ПОЛОЖЕНИЯМ БИХЕВИОРИЗМА:</p> <p>а) человек, его права, свобода, индивидуальность – вот высшие ценности, б) личность – это сумма обусловленных реакций, в) основу психической жизни человека составляют неосознаваемые влечения и потребности, г) основными методами обучения являются поощрение и наказание, д) более важно как человек воспринимает свой внутренний мир, а не окружающую реальность</p>	г)	Психология и педагогика
УК-3	<p>КАКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЧЕЛОВЕКА ОТНОСЯТСЯ К ХАРАКТЕРИСТИКЕ ЕГО КАК ЛИЧНОСТИ:</p> <p>а) целеустремлённость, б) цвет глаз, в) принадлежность к виду <i>Homo sapiens</i>, г) общительность, д) эмоциональная чувствительность</p>	а)	Психология и педагогика
УК-3	<p>К ПОКАЗАТЕЛЯМ КАЧЕСТВА РАБОТЫ СТАЦИОНАРА ОТНОСЯТ:</p> <p>а) частота расхождения диагнозов (клинических и патологоанатомических; амбулаторно-поликлинических и стационарных); своевременность госпитализации; частота осложнений; б) летальность; частота расхождения диагнозов (клинических и патологоанатомических; амбулаторно-поликлинических и стационарных); частота повторных госпитализаций; своевременность госпитализации; частота осложнений; удельный вес эндоскопических (малоинвазивных) вмешательств; в) летальность; частота повторных госпитализаций; частота осложнений; удельный вес эндоскопических (малоинвазивных) вмешательств; г) летальность; частота повторных госпитализаций; частота отказов в госпитализации; частота осложнений; д) летальность; частота расхождения диагнозов (клинических и патологоанатомических; амбулаторно-поликлинических и стационарных); частота повторных госпитализаций.</p>	в)	ОЗД

УК-3	<p>Функция врачебной должности для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях соответствует:</p> <p>а) нагрузке врача по специальности на 1 час работы в поликлинике и на дому;</p> <p>б) среднему количеству посещений, обслуживаемых врачом за день;</p> <p>в) количеству посещений, обслуживаемых врачом в течение года;</p> <p>г) среднему количеству посещений к одному врачу в течение месяца;</p> <p>д) нагрузке врача по специальности на 1 час работы в поликлинике</p>	в)	ОЗД
УК-3	<p>КАКИЕ БЫВАЮТ ВИДЫ КОНТРАСТОВ, КОТОРЫЕ ВСТАЮТ НА ПУТИ КОММУНИКАЦИИ</p> <p>а) избегание</p> <p>б) авторитет</p> <p>в) убеждение.</p>	в)	Психология и педагогика
УК-4	<p>ANIMAL DANDER, DUST, POLLEN AS WELL AS MOLDS APPEAR TO BE THE MOST COMMON ALLERGENS. THESE SUBSTANCES ARE LIKELY TO PROVOKE AN ATTACK OF ASTHMA IN AN INDIVIDUAL MORE OFTEN. A PREDISPOSITION TO ASTHMA IS INHERITED, ALTHOUGH THE SPECIFIC ALLERGENS VARY FROM ONE INDIVIDUAL IN A FAMILY TO ANOTHER, EMOTIONS AND STRESS ALSO PLAYING A ROLE. THE TEXT ABOVE DEALS WITH</p> <p>a) cardiovascular system</p> <p>b) endocrine system</p> <p>c) skeletal system</p> <p>d) alimentary system</p> <p>e) respiratory system</p>	е)	Иностранный язык
УК-4	<p>KIDNEY (RENAL) FAILURE CAUSED BY CHRONIC KIDNEY DISEASE IS ALMOST ALWAYS PROGRESSIVE AND IRREVERSIBLE. THE KIDNEYS HAVE NOT STOPPED WORKING ALTOGETHER BUT ARE NOT WORKING AS WELL AS THEY SHOULD. PATIENTS CAN LIVE NORMALLY WITH KIDNEYS THAT ARE NOT FUNCTIONING AT 100% OR WITH ONLY ONE FUNCTIONING KIDNEY. DIALYSIS OR KIDNEY TRANSPLANTATION IS REQUIRED WHEN KIDNEY FUNCTION DROPS TO LESS THAN 15% OF NORMAL. THE TEXT ABOVE DEALS WITH</p> <p>a) cardiovascular system</p> <p>b) skeletal system</p> <p>c) excretory system</p> <p>d) nervous system</p> <p>e) respiratory system</p>	с)	Иностранный язык



УК-4	<p>CHRONIC BRONCHITIS IS A LONG-STANDING INFLAMMATION OF THE LARGER AIRWAYS THAT RESULTS IN PERSISTENT COUGH AND SPUTUM PRODUCTION. PATIENTS WITH BRONCHITIS USUALLY HAVE SMALL AIRWAY DAMAGE AND INCREASED RESISTANCE TO AIR FLOW. THE MOST PROMINENT FEATURE IN CHRONIC BRONCHITIS IS HYPERPLASIA OF GOBLET CELLS AND SECRETION OF ABUNDANT MUCUS. THE TEXT ABOVE DEALS WITH</p> <p>a) endocrine system b) cardiovascular system c) circulatory system d) alimentary system e) respiratory system</p>	e)	Иностранный язык
УК-4	<p>THE SYMPTOMS VARY ACCORDING TO THE SEVERITY OF THE VIOLENCE, AND TO WHETHER ONLY THE HIGHER CENTERS ARE AFFECTED OR THE LOWER MEDULLARY CENTERS ALSO INVOLVED. IN MILD CASES THE PATIENT FEELS GIDDY, DAZED AND SICK FOR A FEW SECONDS AND MAY FALL TO THE GROUND. HERE ONLY THE HIGHER CENTERS ARE AFFECTED. IN A MORE SEVERE CASE, WHERE THE MEDULLARY CENTERS ARE ALSO INVOLVED, HE FALLS TO THE GROUND COMPLETELY UNCONSCIOUS; HE LIES COMPLETELY COMATOSE WITH HIS MUSCLES RELAXED, HIS EYES CLOSED, AND THE CONJUNCTIVE INSENSITIVE; HIS PUPILS MAY BE CONTRACTED AND REACT TO THE LIGHT, OR IN SEVERE CASES WILL BE DILATED AND MOTIONLESS. THE TEXT ABOVE DEALS WITH</p> <p>a) excretory system b) nervous system c) skeletal system d) cardiovascular system e) respiratory system</p>	b)	Иностранный язык
УК-4	<p>OTHER NUTRIENTS THAT SEEM TO EXERT AN INFLUENCE ON BLOOD PRESSURE INCLUDE POTASSIUM AND CALCIUM. PHYSICIANS RECOMMEND INCLUDING ADDITIONAL AMOUNTS OF POTASSIUM-RICH FOODS IN THE DIET BECAUSE OF POTASSIUM'S POSSIBLE PROTECTIVE EFFECT AGAINST HYPERTENSION. THE ROLE OF CALCIUM IS LESS CLEAR AND HAS TO BE INVESTIGATED. THE TEXT ABOVE DEALS WITH</p> <p>a) respiratory system b) cardiovascular system c) circulatory system</p>	b)	Иностранный язык

	d) alimentary system e) endocrine system		
УК-4	<p>THE GROWTH RATE OF ACOUSTIC NEUROMAS VARIES GREATLY FROM PERSON TO PERSON, AND FROM TUMOR TO TUMOR. ON AVERAGE, THEY GROW ABOUT 2-3 MM PER YEAR, BUT IT IS DIFFICULT TO PREDICT HOW ANY ONE TUMOR IN ANY ONE PERSON WILL BEHAVE. THIS CAN SOMETIMES MAKE THE DECISION TO PROCEED WITH TREATMENT DIFFICULT FOR A PATIENT WHO CURRENTLY HAS FEW SYMPTOMS AND FEELS WELL, BUT FACES THE POSSIBILITY OF SIGNIFICANT RISKS FROM SURGERY. THE TEXT ABOVE DEALS WITH</p> <p>a) respiratory system b) nervous system c) digestive system d) cardiovascular system e) skeletal system</p>	b)	Иностранный язык
УК-4	<p>IT MUST BE REMEMBERED THAT AFTER ANY BLOW ON THE HEAD CONCUSSION TO A GREATER OR LESSER DEGREE MAY FOLLOW AS THE IMMEDIATE RESULT, AND THIS IS SO EQUALLY WHETHER THE SKULL IS FRACTURED OR NOT, AND WHETHER THE BRAIN IS GRAVELY DAMAGED OR NOT, BUT THE ONLY CASES WHICH CAN BE ACCEPTED AS PURE AND UNCOMPLICATED CONCUSSION ARE THOSE IN WHICH THERE IS NO GROSS DAMAGE TO THE BRAIN AND WHERE THE PATHOLOGICAL CHANGES ARE AT MOST CONFINED TO THE MINUTE HAEMORRHAGES. THE TEXT ABOVE DEALS WITH</p> <p>a) cardiovascular system b) skeletal system c) excretory system d) nervous system e) respiratory system</p>	d)	Иностранный язык
УК-4	<p>IN SOME CASES, DRUGS MAY BE PRESCRIBED TO TREAT SPECIFIC CARDIAC SYMPTOMS, SUCH AS ARRHYTHMIAS OR HEART FAILURE. REST TO REDUCE THE HEART'S WORKLOAD IS ESSENTIAL, AS IS AVOIDING ALCOHOL AND OTHER SUBSTANCES THAT MAY BE TOXIC OR IRRITATING TO THE HEART. THE TEXT ABOVE DEALS WITH</p> <p>a) endocrine system b) alimentary system c) circulatory system d) cardiovascular system e) respiratory system</p>	d)	Иностранный язык

УК-4	<p>THE ONSET OF BACTERIAL PNEUMONIA CAN VARY FROM GRADUAL TO SUDDEN. IN THE MOST SEVERE CASES, THE PATIENT MAY EXPERIENCE SHAKING CHILLS, CHATTERING TEETH, SEVERE CHEST PAIN, AND A COUGH THAT PRODUCES RUST-COLORED OR GREENISH MUCUS. A PERSON'S TEMPERATURE MAY RISE AS HIGH AS 105 DEGREES F. THE PATIENT SWEATS PROFUSELY, AND BREATHING AND PULSE RATE INCREASE RAPIDLY. LIPS AND NAILBEDS MAY HAVE A BLUISH COLOR DUE TO LACK OF OXYGEN IN THE BLOOD. THE TEXT ABOVE DEALS WITH</p> <p>a) cardiovascular system b) respiratory system c) excretory system d) nervous system e) skeletal system</p>	b)	Иностранный язык
УК-4	<p>STUDIES HAVE SHOWN THAT BRAIN CHEMICALS (NEUROTRANSMITTERS) PLAY A MEDIATING ROLE IN THE DEVELOPMENT OF DEPRESSION. WHEN THE FUNCTIONING OF BRAIN CHEMICALS IS DISTURBED, DEPRESSION CAN OCCUR. SEVERAL DIFFERENT NEUROTRANSMITTER SYSTEMS MAY BE INVOLVED BUT THE TWO THAT HAVE BEEN MORE FREQUENTLY IMPLICATED ARE SEROTONIN AND NOREPINEPHRINE. THE TEXT ABOVE DEALS WITH</p> <p>a) respiratory system b) nervous system c) circulatory system d) alimentary system e) endocrine system</p>	b)	Иностранный язык
УК-4	<p>MUSCLE WEAKNESS AND ATROPHY AFFECT THE TRUNK AND FOREARMS AND GRADUALLY PROGRESS TO INVOLVE MOST MAJOR MUSCLES OF THE BODY. IN INDIVIDUALS WITH THE DISORDER, INITIAL FINDINGS MAY INCLUDE AN UNUSUAL, WADDLING MANNER OF WALKING (GAIT); DIFFICULTY CLIMBING STAIRS OR RISING FROM A SITTING POSITION; AND REPEATED FALLING. WITH DISEASE PROGRESSION, ADDITIONAL ABNORMALITIES MAY DEVELOP, SUCH AS PROGRESSIVE CURVATURE OF THE SPINE; WASTING OF THIGH MUSCLES AND ABNORMAL ENLARGEMENT OF THE CALVES THE TEXT ABOVE DEALS WITH</p> <p>a) cardiovascular system</p>	b)	Иностранный язык

	<p>b) skeletal system  c) excretory system  d) nervous system  e) respiratory system</p>		
УК-4	<p>ЧТО ТАКОЕ АРГУМЕНТАЦИЯ?  а) Способ убеждения кого-либо посредством значимых логических доводов  б) Способ восприятия значимых логических доводов.  в) Возможность донести до собеседника значимые логические доводы.  г) Способность донести до собеседника значимые логические доводы.  д) Способ общения.</p>	г)	Психология и педагогика
УК-4	<p>КОММУНИКАТИВНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ - ЭТО?  а) способность устанавливать необходимые контакты с другими людьми.  б) способность устанавливать и поддерживать необходимые контакты с другими людьми для лучшего взаимодействия.  в) способность устанавливать и поддерживать необходимые контакты с другими людьми.  г) отношение к поступающей информации.  д) пробуждение интереса собеседника</p>	в)	Психология и педагогика
УК-4	<p>ПРИЧИНАМИ ПЛОХОЙ КОММУНИКАЦИИ МОГУТ БЫТЬ?  а) стереотипы.  б) предвзятые представления.  в) отсутствие взаимоуважения.  г) плохие отношения между людьми.  д) отсутствие внимания и интереса собеседника  е) все ответы верны</p>	е)	Психология и педагогика
УК-4	<p>КОММУНИКАЦИЯ ЭТО –  а) взаимодействие людей, имеющих общие или взаимозаменяющие интересы, либо потребности.  б) зрительно воспринимаемые движения другого человека, выполняемые выразительно-регулятивную функцию  в) отношение к поступающей информации.  г) пробуждение интереса собеседника  д) способность донести до собеседника значимые логические доводы</p>	а)	Психология и педагогика
УК-4	<p>ЧТО ТАКОЕ АРГУМЕНТАЦИЯ?  а) Способ убеждения кого-либо посредством значимых логических доводов  б) Способ восприятия значимых логических доводов.  в) Возможность донести до собеседника значимые логические доводы.  г) Способность донести до собеседника значимые логические доводы.</p>	г)	Психология и педагогика

	д) Способ общения.		
УК-4	КОММУНИКАТИВНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ - ЭТО? а) способность устанавливать необходимые контакты с другими людьми. б) способность устанавливать и поддерживать необходимые контакты с другими людьми для лучшего взаимодействия. в) способность устанавливать и поддерживать необходимые контакты с другими людьми. г) отношение к поступающей информации. д) пробуждение интереса собеседника	в)	Психология и педагогика
УК-4	ПРИЧИНАМИ ПЛОХОЙ КОММУНИКАЦИИ МОГУТ БЫТЬ? а) стереотипы. б) предвзятые представления. в) отсутствие взаимоуважения. г) плохие отношения между людьми. д) отсутствие внимания и интереса собеседника е) все ответы верны	е)	Психология и педагогика
УК-4	В УСЛОВИЯХ, БЛИЗКИХ К ЭКСТРЕМАЛЬНЫМ; В ЖЁСТКО ЗАДАННЫХ, АЛГОРИТМИЗИРУЕМЫХ УСЛОВИЯХ (В АРМИИ), ПРИ НИЗКОМ УРОВНЕ ОРГАНИЗАЦИИ ГРУППЫ, ДЛЯ РАБОТНИКОВ С НИЗКОЙ КВАЛИФИКАЦИЕЙ ЭФФЕКТИВЕН СТИЛЬ РУКОВОДСТВА: а) авторитарный; б) демократический; в) либеральный. г) все ответы верны	а)	Психология и педагогика
УК-4	НЕКОТОРЫЙ УСТОЙЧИВЫЙ ОБРАЗ КАКОГО-ЛИБО ЯВЛЕНИЯ ИЛИ ЧЕЛОВЕКА, КОТОРЫМ ПОЛЬЗУЮТСЯ КАК ИЗВЕСТНЫМ ШТАМПОМ («СОКРАЩЕНИЕМ») ПРИ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ С ЭТИМ ЯВЛЕНИЕМ: а) стереотип; б) предубеждение; в) каузальная атрибуция; г) аттракция. д) все ответы не верны	а)	Психология и педагогика
УК-5	В УСЛОВИЯХ, БЛИЗКИХ К ЭКСТРЕМАЛЬНЫМ; В ЖЁСТКО ЗАДАННЫХ, АЛГОРИТМИЗИРУЕМЫХ УСЛОВИЯХ (В АРМИИ), ПРИ НИЗКОМ УРОВНЕ ОРГАНИЗАЦИИ ГРУППЫ, ДЛЯ РАБОТНИКОВ С НИЗКОЙ КВАЛИФИКАЦИЕЙ ЭФФЕКТИВЕН СТИЛЬ РУКОВОДСТВА: а) авторитарный; б) демократический; в) либеральный. г) все ответы верны	а)	Психология и педагогика

УК-5	<p>НЕКОТОРЫЙ УСТОЙЧИВЫЙ ОБРАЗ КАКОГО-ЛИБО ЯВЛЕНИЯ ИЛИ ЧЕЛОВЕКА, КОТОРЫМ ПОЛЬЗУЮТСЯ КАК ИЗВЕСТНЫМ ШТАМПОМ («СОКРАЩЕНИЕМ») ПРИ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ С ЭТИМ ЯВЛЕНИЕМ:</p> <p>а) стереотип;  б) предубеждение;  в) каузальная атрибуция;  г) аттракция.  д) все ответы не верны</p>	а)	Психология и педагогика
УК-5	<p>СУЩНОСТЬ КУЛЬТУРОГЕНЕЗА</p> <p>а) постоянном самообновлении культуры  б) возникновении новых орудий труда  в) создании новых произведений искусства  г) сохранении культурных ценностей  д) производство и хранение культурных артефактов</p>	а)	Культурология
УК-5	<p>ЗНАКИ, КОТОРЫЕ НЕ ТОЛЬКО ИЗОБРАЖАЮТ НЕКОТОРЫЕ ОБЪЕКТЫ, НО И НЕСУТ ДОБАВОЧНЫЙ СМЫСЛ</p> <p>а) индексы  б) символы  в) артефакты  г) законы  д) шифры</p>	б)	Культурология
УК-5	<p>СОВОКУПНОСТЬ КУЛЬТУРНЫХ ОБЪЕКТОВ, ФОРМ, СМЫСЛОВ, ВЫРАЖЕННЫХ В ЗНАКОВОЙ ФОРМЕ</p> <p>а) культурный код  б) культурный тип  в) культурный текст  г) культурный символ  д) культурная головоломка</p>	а)	Культурология
УК-5	<p>СИМВОЛ ПОЗВОЛЯЕТ</p> <p>а) отличить своих от чужих  б) понять достоинства своей культуры  в) получить общественное признание  г) повысить эффективность учебы  д) отвлечь внимание</p>	а)	Культурология
УК-5	<p>КУЛЬТУРНЫЕ НОРМЫ – ЭТО</p> <p>а) множество закономерно связанных друг с другом элементов  б) продукты человеческой деятельности  в) законы и стандарты социального бытия людей  г) процесс обозначения мира понятий и вещей  д) рудимент мифологического сознания</p>	в)	Культурология
УК-5	<p>ОСНОВНЫМИ ЦЕННОСТЯМИ СОВРЕМЕННОЙ КУЛЬТУРЫ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) размеренность и традиция  б) развитие и скорость  в) отрицание и нонконформизм  г) конформизм и подчинение</p>	б)	Культурология

	д) эгоизм и стяжательство		
УК-5	ЦЕННОСТИ ЧЕЛОВЕКА ФОРМИРУЮТСЯ а) вместе с молоком матери б) в процессе социализации в) благодаря научным знаниям г) на основе законов добра и справедливости д) в процессе компьютерных игр	б)	Культурология
УК-5	ЧТО ОЗНАЧАЕТ ТЕРМИН «АНТИЧНОСТЬ» а) греко-римская древность (история и культура Древней Греции и Древнего Рима) б) термин, равнозначный русскому «древность» в) термин «античность» употребляется в обоих смыслах: в узком («а») и широком («б») г) расцвет древневосточных государств д) закат древнегреческого мира	в)	Культурология
УК-5	КАК НАЗЫВАЛАСЬ «СТОЛИЦА» ИТАЛЬЯНСКОГО ВОЗРОЖДЕНИЯ а) Рим б) Неаполь в) Флоренция г) Милан д) Сиракузы	в)	Культурология
УК-5	ДЛЯ РУССКОГО КУЛЬТУРНОГО АРХЕТИПА ХАРАКТЕРНЫ а) «безвкусьность» и невмешательство б) энергичность и экспрессивность в) жажда власти, уход в мир вещей г) «соборность» и терпеливость д) жестокость и озлобленность	г)	Культурология
УК-5	К ПРИЗНАКАМ РОССИЙСКОЙ ЦИВИЛИЗАЦИИ ОТНОСЯТ а) «недеяние», созерцательность и слияние с природой б) утилитаризм, гражданское общество, основанные на свободе личности в) национализм, индивидуализм и веру в прогресс г) коллективистскую ментальность, подчинение общества государству д) авторитаризм, подавление личности	г)	Культурология
УК-5	ДОБРОВОЛЬНОЕ ЕДИНЕНИЕ ЛЮДЕЙ НА ОСНОВЕ ДУХОВНОЙ ОБЩНОСТИ, БРАТСТВА, ПОДЛИННОЙ НРАВСТВЕННОСТИ СЛАВЯНОФИЛЫ ОБОЗНАЧАЛИ ТЕРМИНОМ а) государственность б) соборность в) духовность г) религиозность д) воиственность	б)	Культурология
УК-5	КАКАЯ РЕЛИГИЯ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ САМОЙ МОЛОДОЙ а) ислам б) индуизм в) зороастризм г) христианство д) сентоизм	а)	Культурология
УК-5	КАК НАЗЫВАЕТСЯ СИСТЕМА ВЗГЛЯДОВ, ОТВЕРГАЮЩИХ РЕЛИГИОЗНЫЕ	а)	Культурология

	<p>ПРЕДСТВЛЕНИЯ И РЕЛИГИЮ В ЦЕЛОМ</p> <p>а) атеизм б) фетишизм в) анимизм г) тотемизм д)магия</p>		
УК-5	<p>КАК НАЗЫВАЕТСЯ УЧЕНИЕ БУДДЫ</p> <p>а) о четырех благородных знаниях б) о четырех благородных поступках в) о четырех благородных деяниях г) о четырех благородных истинах д) о четырех благородных способах просветления</p>	г)	Культурология
УК-5	<p>КАК ПЕРЕВОДИТСЯ НАЗВАНИЕ СВОДА БУДДИЙСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ – ТРИПИТАКА</p> <p>а) три драгоценности б) три бриллианта в) три корзины г) три храма д) три камня</p>	в)	Культурология
УК-5	<p>ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ СИМВОЛОВ ХРИСТИАНСКОЙ ВЕРОТЕРПИМОСТИ</p> <p>а) послания апостола Павла коринфянам б) Апокалипсис в) Ригведа г) Книга Иисуса Навина д) Книга Судей</p>	а)	Культурология
УК-5	<p>СЛОВО «ЕВАНГИЛЕЕ» ОЗНАЧАЕТ</p> <p>а) договор, союз б) добрая, радостная весть в) книга г) обрезание д) возвеличивание</p>	б)	Культурология
УК-5	<p>«ИСЛАМ» ПЕРЕВОДИТСЯ КАК</p> <p>а) боголюбие б) покорность в) твердость г) высшее знание д) твердость намерений</p>	б)	Культурология
УК-5	<p>ЧТО ОЗНАЧАЕТ «ХАДЖ» В ИСЛАМЕ</p> <p>а) название налога б) название поста в) паломничество в Мекку г) название святого д) переселение народов</p>	в)	Культурология
УК-5	<p>КУЛЬТУРОЛОГИЯ ИЗУЧАЕТ</p> <p>а) наиболее общие основания любой человеческой деятельности б) становление, развитие и гибель цивилизаций в) совокупность разрозненных культурных явлений и объектов г) зарождение, функционирование и закономерности развития культуры д) исторические объекты</p>	г)	Культурология



УК-5	<p>РУБЕЖОМ МЕЖДУ НОВЫМ И НОВЕЙШИМ ВРЕМЕНМ СЧИТАЕТСЯ</p> <p>а) 1918 г. б) 1917 г. в) 1941 г. г) 1945 г. д) 1953 г.</p>	а)	История
УК-5	<p>КНЯЗЬ, КРЕСТИВШИЙ РУСЬ</p> <p>а) Юрий; б) Всеволод; в) Дмитрий; г) Владимир; д) Игорь.</p>	г)	История
УК-5	<p>СВЯЩЕННИКА, КОТОРЫЙ ВДОХНОВЛЯЛ РУССКИХ ВОИНОВ ПЕРЕД КУЛИКОВСКОЙ БИТВОЙ, ЗВАЛИ</p> <p>а) Симеон Гордый; б) Сергей Радонежский; в) Александр Невский; г) Дмитрий Донской; д) Дмитрий Долгорукий.</p>	б)	История
УК-5	<p>4 НА КРАСНОЙ ПЛОЩАДИ МОСКВЫ СТОИТ ПАМЯТНИК ПАТРИОТАМ РОССИИ</p> <p>а) Минину и Пожарскому б) Донскому и Радонежскому в) Ленину и Плеханову г) Сталину и Хрущеву д) Карбышеву и Космодемьянской.</p>	а)	История
УК-5	<p>МАРКСИЗМ УТВЕРЖДАЕТ, ЧТО</p> <p>а) идеальная форма правления для России – конституционная монархия; б) основа России – самодержавие, православие, народность; в) источник развития России – ее самобытность; г) главная движущая сила социалистической революции – пролетариат; д) лучшие времена для России канули в прошлое.</p>	г)	История
УК-5	<p>В 1935 Г. ВОЗНИКЛО МАССОВОЕ ДВИЖЕНИЕ ЗА ПОВЫШЕНИЕ ПРОИЗВОДИТЕЛЬНОСТИ ТРУДА СВЯЗАННОЕ С ШАХТЕРОМ</p> <p>а) А.Г. Стахановым; б) И.В. Волковым; в) А.С. Пудиковым; г) Л.Н. Толстым; д) П.И. Циалковским.</p>	а)	История
УК-5	<p>КРЕЙСЕР, ПОКРЫВШИЙ СВОЕ ИМЯ СЛАВОЙ В ГОДЫ РУССКО-ЯПОНСКОЙ ВОЙНЫ (1904-1905 ГГ.), НАЗЫВАЕТСЯ</p> <p>а) Варяг; б) Аврора; в) Громобой; г) Очаков;</p>	б)	История

	д) Потемкин.		
УК-5	1 СЕНТЯБРЯ (ПО СТАРОМУ СТИЛЮ) 1917 Г. РОССИЯ БЫЛА ПРОЗГЛАШЕНА а) монархией; б) республикой; в) диктатурой; г) правовым государством; д) светским государством.	в)	История
УК-5	ДЛЯ ПОЛИТИКИ КОЛЛЕКТИВИЗАЦИИ ХАРАКТЕРНО: а) предоставление аренды земли кулакам; б) выделение на хутора зажиточных крестьян; в) применение наёмного труда в единоличном хозяйстве; г) выделение земли многодетным горожанам; д) объединение единоличных крестьянских хозяйств в крупные коллективные хозяйства.	д)	История
УК-5	ПЕРИОД ИСТОРИИ СССР ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ 1950-Х – ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ 1960-Х ГГ. НАЗЫВАЕТСЯ а) оттепелью; б) весной; в) заморозками; г) разрядкой; д) перезагрузкой.	а)	История
УК-5	ДЛЯ ГОМИНИДНОЙ ТРИАДЫ ХАРАКТЕРНЫ а) бипедия; б) труд; в) институт брака; г) социальное взаимодействие; д) речь, интеллект.	а)	История медицины
УК-5	ВРАЧЕВАТЕЛИ ДРЕВНЕЙ МЕСОПОТАМИИ ПЕРЕД ТЕМ, КАК ПРИСТУПИТЬ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНОГО а) брали у больного анализы; б) собирали анамнез; в) читали молитву; г) объявляли прогноз; д) брали гонорар.	г)	История медицины
УК-5	ОСОБЕННОСТЬЮ ЗАУПОКОЙНОГО КУЛЬТА ДРЕВНЕГО ЕГИПТА ЯВЛЯЛОСЬ а) бальзамирование умерших; б) мацерация умерших; в) кремация умерших; г) традиционное захоронение; д) воздушное захоронение.	а)	История медицины
УК-5	ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОВЯЗКА, НАКЛАДЫВАЕМАЯ НА ОБЛАСТЬ ЧЕРЕПА, ДО СИХ ПОР ПРИМЕНЯЕМАЯ В ХИРУРГИИ а) «косынка Везалия»; б) «платок Праксагора»; в) «шапка Гиппократа» ;	в)	История медицины

	г) «убор Эврифена»; д) приспособление Асклепия.		
УК-5	НАРОДНАЯ МЕДИЦИНА ДРЕВНЕЙ РУСИ РАЗВИВАЛАСЬ В ТЕСНОЙ СВЯЗИ С а) языческими верованиями; в) традициями христианства; б) античными традициями; г) традициями исламского мира; д) античными и исламскими традициями.	а)	История медицины
УК-5	ВЕЛИКИЙ УЧЕНЫЙ-ЭНЦИКЛОПЕДИСТ СРЕДНЕВЕКОВОГО ВОСТОКА, АВТОР ТРУДА «КАНОН ВРАЧЕБНОЙ НАУКИ» а) Ибн ал-Хайсам; б) Ибн Ильяс; в) Ал-Захрави; г) Ибн Сина; д) Ал-Рази.	г)	История медицины
УК-5	ОСНОВОПОЛОЖНИКОМ НАУЧНОЙ АНАТОМИИ ПРИНЯТО СЧИТАТЬ а) Николаса Ван Тюльпа; б) Андреаса Везалия; в) Фредерика Рюйша; г) Н. И. Пирогова; д) И.П. Павлова.	б)	История медицины
УК-5	АНГЛИЙСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬ – ЭДВАРД ДЖЕННЕР ВОШЕЛ В ИСТОРИЮ МИКРОБИОЛОГИИ КАК ОСНОВОПОЛОЖНИК МЕТОДА а) инокуляции; б) вариоляции; в) вакцинации; г) пальпации; д) перкуссии.	в)	История медицины
УК-5	ОСНОВЫ ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ ЗАЛОЖИЛ ВЕЛИКИЙ АНАТОМ И ХИРУРГ а) Н. М. Максимович-Амбодик; б) П. А. Загорский; в) И. В. Буяльский; г) Н. И. Пирогов; д) Н.И. Мухин.	г)	История медицины
УК-5	УЧЕНЫЙ, ВОЗГЛАВИВШИЙ ИССЛЕДОВАНИЯ ПО ПОЛУЧЕНИЮ ПЕНИЦИЛЛИНАМ – АНТИБИОТИКА, СПАСШЕГО ЖИЗНИ ДЕСЯТКОВ ТЫСЯЧ СОЛДАТ В ПЕРИОД ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ а) З. В. Ермольева; б) Ф. А. Андреев; в) В. А. Мартынова; г) А. Е. Ландштайнер; д) Н.Н. Бурденко.	а)	История медицины
УК-6	КАКОМУ ТИПУ КОНФЛИКТНОЙ ЛИЧНОСТИ ПРИНАДЛЕЖАТ СЛЕДУЮЩИЕ	а)	Психология и педагогика

	<p>ХАРАКТЕРИСТИКИ: НЕУСТОЙЧИВ В ОЦЕНКАХ И МНЕНИЯХ, ОБЛАДАЕТ ЛЕГКОЙ ВНУШАЕМОСТЬЮ, ВНУТРЕННЕ ПРОТИВОРЕЧИВ, НЕПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПОВЕДЕНИЯ, НЕДОСТАТОЧНО ХОРОШО ВИДИТ ПЕРСПЕКТИВУ, ЗАВИСИТ ОТ МНЕНИЯ ОКРУЖАЮЩИХ, НЕ ОБЛАДАЕТ ДОСТАТОЧНОЙ СИЛОЙ ВОЛИ, ИЗЛИШНЕ СТРЕМИТСЯ К КОМПРОМИССУ:</p> <p>а) ригидному;  б) сверхточному;  в) «бесконфликтному».</p>		
УК-6	<p>ПОНЯТИЕ «СИЛА НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ» ОЗНАЧАЕТ:</p> <p>а) свойство нервной системы, характеризующееся преобладанием процессов возбуждения над процессами торможения  б) свойство нервной системы, характеризующееся преобладанием процессов торможения над процессами возбуждения  в) свойство нервной системы, определяющее работоспособность клеток коры, их выносливость  г) свойство нервной системы, определяющее скорость, с которой происходит смена одного нервного процесса другим д) все ответы верны</p>	в)	Психология и педагогика
УК-6	<p>К ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТНОСИТСЯ:</p> <p>а) наличие цели  б) наличие бессознательного  в) наличие притязаний  г) наличие самооценки  д) все ответы верны</p>	в)	Психология и педагогика
УК-6	<p>ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О БУДУЩЕМ ЖЕЛАЕМОМ РЕЗУЛЬТАТЕ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а) целью  б) символом  в) значком  г) значением  д) все ответы верны</p>	г)	Психология и педагогика
УК-6	<p>ФУНКЦИЯМИ ЭМОЦИЙ, ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ ВСЕЙ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЧУВСТВЕННОЙ СФЕРЫ ЧЕЛОВЕКА, ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>а) изобразительная, нужная, отзывчивая, замечательная, восстанавливающая, теоретическая, мнительная, эффективная;  б) инстинктивная, потребностная, промежуточная, долговременная, проекционная, замещающая, создающая, практическая;  в) сигнальная, регулятивная, выразительная, познавательная, кумулятивная, организационная, стимулирующая, направляющая;  г) воображение, мышление, речь, потребности, темперамент, характер, способности, воля.</p>	в)	Психология и педагогика

УК-6	<p>ТРЕВОЖНОСТЬ, КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КАЧЕСТВО ЛИЧНОСТИ, ПОДРАЗДЕЛЯЕТСЯ НА СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ:</p> <p>а) креативная, когнитивная, разумная и интеллектуальная тревожность;</p> <p>б) общая, устойчивая, ситуативная и личностная тревожность; в) поверхностная, основательная, практическая и воображаемая тревожность;</p> <p>г) реальная, мнимая, моральная и невротическая тревожность. д) все ответы верны</p>	г)	Психология и педагогика
УК-6	<p>ЛЮДЯМ, ДЛЯ УСПЕШНОЙ ВОЛЕВОЙ РЕГУЛЯЦИИ СВОЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, НЕОБХОДИМО:</p> <p>а) каждый день воспринимать как последний, брать от жизни все, что можно;</p> <p>б) постоянно демонстрировать окружающим свою эмоциональную реакцию;</p> <p>в) всегда стремиться овладевать своими эмоциями;</p> <p>г) в любое время позволять себе отреагировать свои эмоции.</p>	г)	Психология и педагогика
УК-6	<p>КОГДА ОДИН ЧЕЛОВЕК ИСПЫТЫВАЕТ К ДРУГОМУ ПРОТИВОРЕЧИВЫЕ ЧУВСТВА, КАК НАЗЫВАЕТСЯ ЭТО СВОЙСТВО ЧУВСТВ?</p> <p>а) амбивалентность, двойственность чувств;</p> <p>б) прямолинейность, непосредственность чувств;</p> <p>в) ситуативность, опосредованность чувств;</p> <p>г) обобщенность, абстрактность чувств.</p> <p>д) все ответы верны</p>	а)	Психология и педагогика
УК-6	<p>У ЛЮДЕЙ ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ И ПОНИМАНИЕ ЧУВСТВ ДРУГИХ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ В ПРОЦЕССЕ:</p> <p>а) накопления эмоциональных переживаний;</p> <p>б) вытеснения эмоциональных переживаний;</p> <p>в) при незначительных эмоциональных переживаниях;</p> <p>г) интенсификации эмоциональных переживаний.</p> <p>д) все ответы верны</p>	г)	Психология и педагогика
УК-6	<p>ВЕДУЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ В ПЕРИОД ПОЗДНЕЙ ВЗРОСЛОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а) интимно-личностное общение;</p> <p>б) досуговое увлечение;</p> <p>в) делинквентное поведение;</p> <p>г) потребность в самоутверждении.</p> <p>д) все ответы верны</p>	б)	Психология и педагогика
УК-6	<p>КАЖДОМУ ВОЗРАСТНОМУ ПЕРИОДУ (ПО ТЕОРИИ Д.Б. ЭЛЬКОНИНА) СООТВЕТСТВУЕТ ОПРЕДЕЛЕННАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, В РУСЛЕ КОТОРОЙ ИДЕТ РАЗВИТИЕ И ФОРМИРОВАНИЕ ЛИЧНОСТИ РЕБЕНКА, ЕГО ПОЗНАВАТЕЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ, ХАРАКТЕРНЫХ ИМЕННО ДЛЯ ЭТОГО</p>	б)	Психология и педагогика

	<p>ПЕРИОДА:</p> <p>а) психологическая структура;</p> <p>б) ведущая деятельность;</p> <p>в) система новообразований;</p> <p>г) критическая ситуация.</p> <p>д) все ответы верны</p>		
УК-7	<p>ПОД ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ ПОНИМАЕТСЯ:</p> <p>а) педагогический процесс по физическому совершенствованию человека;</p> <p>б) регулярные занятия физическими упражнениями, закаливание организма;</p> <p>в) достижения общества, отражающие физическое и духовное развитие человека.</p>	в)	Физическая культура и спорт
УК-7	<p>К ПОКАЗАТЕЛЯМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ЧЕЛОВЕКА, ОТНОСЯТСЯ:</p> <p>а) нормативы и требования государственных программ;</p> <p>б) показатели телосложения;</p> <p>в) показатели телосложения, здоровья и развития физических качеств;</p> <p>г) единая спортивная классификация;</p> <p>д) показатели здоровья</p>	в)	Физическая культура и спорт
УК-7	<p>ПРОЦЕСС, НАПРАВЛЕННЫЙ НА РАЗНОСТОРОННЕЕ ВОСПИТАНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ КАЧЕСТВ ЧЕЛОВЕКА, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЙ ФОРМИРОВАНИЕ С ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА ФИЗИЧЕСКИ КРЕПКОГО МОЛОДОГО ПОКОЛЕНИЯ С ГАРМОНИЧНЫМ РАЗВИТИЕМ, НАЗЫВАЕТСЯ:</p> <p>а) общей физической подготовкой;</p> <p>б) специальной физической подготовкой;</p> <p>в) гармонической физической подготовкой;</p> <p>г) прикладной физической подготовкой.</p>	а)	Физическая культура и спорт
УК-7	<p>СОВОКУПНОСТЬ УПРАЖНЕНИЙ, ПРИЕМОВ И МЕТОДОВ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ОБУЧЕНИЕ ДВИГАТЕЛЬНЫМИ И ДРУГИМ УМЕНИЯМ И НАВЫКАМ, А ТАКЖЕ ИХ ДАЛЬНЕЙШЕЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОБОЗНАЧАЕТСЯ КАК:</p> <p>а) тренировка;</p> <p>б) методика;</p> <p>в) система знаний;</p> <p>г) педагогическое воздействие.</p>	б)	Физическая культура и спорт
УК-7	<p>ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а) правильно организованный и воспроизводимый алгоритм движений;</p> <p>б) использование природных сил для восстановления организма;</p> <p>в) стабильно высокие результаты, получаемые</p>	а)	Физическая культура и спорт

	на тренировках.		
УК – 7	ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ: а) определенную часть культуры человека; б) учебную активность; в) культуру здорового духа и тела.	а)	Физическая культура и спорт
УК – 7	ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА: а) положительное, если эти упражнения выполняются регулярно, в правильном темпе, верной последовательности, а занимающийся не имеет противопоказаний, исключающих данные занятия; б) нейтральное, даже если заниматься усердно; в) положительное, только в случае, если заниматься ими на пределе своих физических возможностей.	а)	Физическая культура и спорт
УК – 7	ТАК НАЗЫВАЕМОЕ “ВТОРОЕ ДЫХАНИЕ” НАСТУПАЕТ: а) когда организм перестраивается в соответствии с нагрузками и в кровь начинает поступать достаточное количество кислорода; б) когда мышцы входят в удобный ритм работы; в) когда мозг и мышцы привыкают к действующим нагрузкам.	а)	Физическая культура и спорт
УК – 7	КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВИДОВ СПОРТА СЧИТАЕТСЯ ЦИКЛИЧЕСКИМ: а) гимнастика б) волейбол в) борьба г) лыжные гонки д) бокс	г)	Физическая культура и спорт
УК – 7	НАЗОВИТЕ БАЗОВЫЕ УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ РАЗВИТИЯ МЫШЦ РУК И ПЛЕЧЕВОГО ПОЯСА: а) поднимание ног и таза лежа на спине б) повороты и наклоны туловища в) отжимание г) пряжки д) бег	в)	Физическая культура и спорт
УК – 7	НАЗОВИТЕ БАЗОВЫЕ УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ РАЗВИТИЯ МЫШЦ НОГ: а) прыжки б) сгибание и разгибание рук в упоре лёжа в) подтягивание в висе г) бег д) повороты туловища	а)	Физическая культура и спорт
УК – 7	КАКИЕ ПРИЕМЫ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ РАССЛАБЛЕНИЯ МЫШЦ: а) удары по напряжённой мышце б) произвольное расслабление отдельных мышц	д)	Физическая культура и спорт

	<p>в) бег г) статическое напряжение д) сочетающие расслабления одних мышц с напряжением других</p>		
УК – 7	<p>НАЗОВИТЕ ОСНОВНЫЕ УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ РАЗВИТИЯ МЫШЦ ТУЛОВИЩА (СПИНЫ И БРЮШНОГО ПРЕССА):</p> <p>а) поднимание верхней части туловища в положении лёжа на спине б) поднимание ног и таза лёжа на спине в) прыжки г) подтягивание в висе на перекладине д) бег</p>	а)	Физическая культура и спорт
УК – 7	<p>В ЧЁМ СУЩЕСТВЕННАЯ РАЗНИЦА МЕЖДУ ПОПЕРЕМЕННЫМ И ОДНОВРЕМЕННО ДВУХШАЖНЫМ ХОДАМИ:</p> <p>а) в длине скользящего шага б) в маховом выносе ноги в) в подседании перед толчком ногой г) в работе рук д) нет разницы</p>	г)	Физическая культура и спорт
УК – 7	<p>ПРИ СПУСКЕ С ГОРЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПАДЕНИЯ ЛЫЖНИКА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а) сгибание ног в коленях б) чрезмерный наклон туловища вперед в) выставление вперед одной лыжи г) неровная лыжня д) свежий снег</p>	б)	Физическая культура и спорт
УК – 7	<p>КАКИЕ ВИДЫ НЕ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ЛЁГКАЯ АТЛЕТИКА:</p> <p>а) ходьбу и бег б) прыжки и метания в) многоборье г) опорные прыжки д) повороты туловища</p>	в)	Физическая культура и спорт
УК – 7	<p>ЧЕМ ОТЛИЧАЕТСЯ ТЕХНИКА БЕГА НА КОРОТКИЕ ДИСТАНЦИИ ОТ ТЕХНИКИ БЕГА НА СРЕДНИЕ И ДЛИННЫЕ ДИСТАНЦИИ:</p> <p>а) наклоном головы б) постановкой стопы на дорожку в) углом отталкивания ногой от дорожки г) работой рук д) наклоном туловища</p>	б)	Физическая культура и спорт
УК – 7	<p>ЧТО ОЗНАЧАЕТ СЛОВО БАСКЕТБОЛ:</p> <p>а) корзина б) площадка в) корзина-мяч г) мяч д) зона</p>	в)	Физическая культура и спорт
УК – 7	<p>МАТЧ СОСТОИТ ИЗ:</p> <p>а) двух таймов по 20 минут</p>	б)	Физическая культура и спорт



	б) четырех таймов по 10 минут в) трех таймов по 15 минут г) два тайма по 10 минут д) один тайм 40 минут		
УК – 7	<b>ТЕХНИКА ВЛАДЕНИЯ МЯЧОМ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЕМЫ:</b> а) ловлю, остановки, повороты, ведение мяча б) передачи мяча, броски в корзину, ловлю, остановки, повороты в) ловлю, передачи, ведение мяча, броски в корзину г) передачи, броски в корзину д) повороты, ведение мяча	в)	Физическая культура и спорт
УК-8	<b>СОСТОЯНИЕ ЧЕЛОВЕКА ПРИ ДЕЙСТВИИ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ФАКТОРА</b> а) заболевание б) симуляция в) адинамия г) аллергия д) депрессия	а)	БЖД
УК-8	<b>ГОМЕОСТАЗ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ</b> а) гормональными механизмами б) нейрогуморальными механизмами в) барьерным механизмом г) выделительным механизмом д) всеми механизмами перечисленными выше	д)	БЖД
УК-8	<b>АНАЛИЗАТОРЫ ЭТО</b> а) совокупность трех отделов ЦНС: периферического, проводникового, центрального, б) подсистемы ЦНС обеспечивающие первичный информационный сигнал в) совместимость сложных приспособительных реакций живого организма, направленных на устранение действия факторов внешней и внутренней среды, нарушающих относительное динамическое пространство внутренней среды организма г) совместимость факторов способных оказывать прямое д) величина функциональных возможностей человека	а)	БЖД
УК-8	<b>К ВНУТРЕННИМ АНАЛИЗАТОРАМ ОТНОСЯТСЯ</b> а) специальные б) обонятельные в) болевой г) зрение д) слух	а)	БЖД
УК-8	<b>РЕЦЕПТОРЫ АНАЛИЗАТОРА ДАВЛЕНИЯ</b> а) внутренние органы б) кожа в) мышцы г) нос д) обонятельный	в)	БЖД

УК-8	<p>ПРИ ПОМОЩИ СЛУХОВОГО АНАЛИЗАТОРА ЧЕЛОВЕК ВОСПРИНИМАЕТ</p> <p>а) до 20% информации  б) до 10 % информации  в) до 50% информации  г) до 30% информации  д) до 40% информации</p>	б)	БЖД
УК-8	<p>СПОСОБНОСТЬ БЫТЬ ГОТОВЫМ К ВОСПРИЯТИЮ ИНФОРМАЦИИ В ЛЮБОЕ ВРЕМЯ ЭТО ОСОБЕННОСТЬ</p> <p>а) анализатора зрения  б) анализатора обоняния  в) болевого анализатора  г) анализатора слуха  д) тактильного анализатора</p>	г)	БЖД
УК-8	<p>ДЕЙСТВИЕ ХИМИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА</p> <p>а) аллергический эффект  б) глухота в)  онкологическое, мутогенное, тератогенное эмбриотоксическое, аллергическое  г) токсический эффект  д) психосоматический эффект</p>	в)	БЖД
УК-8	<p>СОСТАВ АИ -2</p> <p>а) промедол, вольтарен, сульфадиметоксин, цистамин, тетрациклин, йодид калия, латран  б) промедол, тарен, сульфадиметоксин, цистамин, тетрациклин, йодид калия, латран  в) омнопон, афин, сульфадиметоксин, цистамин, тетрациклин, хлорид калия, латран  г) промедол, тарен, сульфацил, цистамин, тетрациклин, йодид калия, латран  д) промедол, тарен, сульфадиметоксин, циклофосфан, тетрациклин, йодид калия, латран</p>	б)	Медицина катастроф
УК-8	<p>ЧАЩЕ ВСЕГО ИЗ КОСТЕЙ ЗАПЯСТЬЯ ЛОМАЕТСЯ</p> <p>а) ладьевидная кость  б) трехгранная кость  в) полулунная кость  г) крючковидная кость  д) большая многоугольная кость</p>	а)	Травматология и ортопедия
УК-9	<p>ВЫСШИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ – ЭТО...</p> <p>а) расстояние между уровнем актуального развития ребенка и уровнем возможного развития, определяемых с помощью задач, решаемых под руководством взрослых;  б) сложные прижизненно формирующиеся психические процессы, социальные по своему происхождению;  в) закономерное изменение психических процессов во времени, выраженное в их количественных, качественных и структурных преобразованиях;</p>	б)	Психология и педагогика

	<p>г) процесс и результат активного присвоения человеком норм, идеалов, ценностных ориентаций, установок и правил поведения, значимых для его социального окружения.</p> <p>д) все ответы верны</p>		
УК-9	<p><b>ВНИМАНИЕ – ЭТО:</b></p> <p>а) направленность и сосредоточенность сознания человека на определенных объектах при одновременном отвлечении от других;</p> <p>б) процесс отражения отдельного свойства предметов и явлений объективного мира при их непосредственном воздействии на органы чувств;</p> <p>в) процесс отражения предмета или явления в целом, в совокупности его свойств и частей;</p> <p>г) все ответы не верны.</p>	а)	Психология и педагогика
УК-9	<p><b>УСЛОВИЯМИ УСПЕШНОГО ПРОИЗВОЛЬНОГО ЗАПОМИНАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:</b></p> <p>а) эмоционально-эстетическая насыщенность материала;</p> <p>б) возможность использования данного материала в профессиональной деятельности субъекта;</p> <p>в) сильные и значимые физические раздражители (звук выстрела, яркий свет прожектора);</p> <p>г) представление материала в виде схемы, таблицы, диаграммы, чертежа</p> <p>д) представление материала в виде образов</p>	а)	Психология и педагогика
УК-9	<p><b>ПОВЫШЕНИЕ СКОРОСТИ ИЛИ ПРОДУКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИНДИВИДА ВСЛЕДСТВИЕ АКТУАЛИЗАЦИИ В ЕГО СОЗНАНИИ ОБРАЗА ДРУГОГО ЧЕЛОВЕКА (ИЛИ ГРУППЫ ЛЮДЕЙ), ВЫСТУПАЮЩЕГО В КАЧЕСТВЕ СОПЕРНИКА ИЛИ НАБЛЮДАТЕЛЯ ЗА ДЕЙСТВИЯМИ ДАННОГО ИНДИВИДА, ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК:</b></p> <p>а) социальная фасилитация;</p> <p>б) конформизм;</p> <p>в) идиосинкразический кредит;</p> <p>г) социальная ингибция.</p> <p>д) все ответы не верны</p>	а)	Психология и педагогика
УК-9	<p><b>ИЗМЕНЕНИЕ ПОВЕДЕНИЯ ИЛИ УБЕЖДЕНИЙ ПОД ВЛИЯНИЕМ РЕАЛЬНОГО ИЛИ ВООБРАЖАЕМОГО ДАВЛЕНИЯ ГРУППЫ – ЭТО:</b></p> <p>а) социальная фасилитация;</p> <p>б) конформизм;</p> <p>в) идиосинкразический кредит;</p> <p>г) социальная ингибция.</p> <p>д) все ответы не верны</p>	б)	Психология и педагогика
УК-9	<p><b>ТВОРЧЕСКОМУ МЫШЛЕНИЮ ПРЕПЯТСТВУЕТ:</b></p> <p>а) склонность к конформизму</p> <p>б) завышенная оценка значимости собственных</p>	д)	Психология и педагогика

	идей в) выраженная тревожность г) боязнь показаться слишком экстравагантным или критичным по отношению к мнению других д) все ответы не верны		
УК-10	АКЦИЯ – ЭТО ЦЕННАЯ БУМАГА а) свидетельствующая о займе денег б) свидетельствующая о внесении пая в акционерное общество в) свидетельствующая о внесении пая в общество с ограниченной ответственностью г) свидетельствующая о внесении денег на депозитный счет в банке д) свидетельствующая о внесении пая в унитарное предприятие	б)	Экономика
УК-10	ПОВЫШЕНИЕ ИЛИ СНИЖЕНИЕ ЦЕНЫ НА ПРОДУКЦИЮ КРУПНОЙ ФИРМОЙ НА РЫНКЕ ОЛИГОПОЛИСТИЧЕСКОЙ КОНКУРЕНЦИИ а) приведет к увеличению прибыли данной фирмы б) окажет влияние на объем продаж и прибыль фирм конкурентов в) окажет влияние на объем продаж данной фирмы г) окажет влияние на издержки поставщиков данной фирмы д) окажет влияние на доход собственников данной фирмы	б)	Экономика
УК-10	К КОСВЕННЫМ НАЛОГАМ ОТНОСИТСЯ а) налог на доходы с физических лиц б) налог на прибыль в) налог на добавленную стоимость г) налог на землю д) налог на имущество юридических лиц	в)	Экономика
УК-10	СОБСТВЕННИКОМ ИМУЩЕСТВА АКЦИОНЕРНОГО ОБЩЕСТВА ЯВЛЯЕТСЯ а) акционер, как владелец фирмы б) корпорация, как юридическое лицо в) владелец контрольного пакета акций г) совет директоров, как руководящий орган акционерного общества д) трудовой коллектив акционерного общества	б)	Экономика
УК-10	ЕСЛИ РЫНОЧНАЯ ЦЕНА НА ТОВАР УСТАНОВЛЕНА НИЖЕ РАВНОВЕСНОЙ ЦЕНЫ а) возникает дефицит этого товара б) появляется избыток этого товара в) формируется рынок покупателей г) падает спрос на ресурсы для производства этого товара д) производство этого товара становится не эффективным	а)	Экономика
УК-10	ВЕРТИКАЛЬНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ ПРОИЗВОДСТВА ПРЕДПОЛАГАЕТ а) объединение в одной фирме предприятий одной отрасли	б)	Экономика

	б) объединение в одной фирме предприятий единой производственной цепочки в) создание единого фонда г) создание холдинга д) создание коммандитного товарищества		
УК-10	К ДЕНЕЖНО-КРЕДИТНОЙ ПОЛИТИКЕ ОТНОСИТСЯ а) контроль над уровнем минимальной заработной платы б) контроль над уровнем инфляции в) контроль над уровнем безработицы г) антимонопольный контроль д) контроль над денежной массой у населения	д)	Экономика
УК-10	ЕСЛИ ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ЦЕНЫ НА ТОВАР ИЛИ УСЛУГУ, МОЖНО НЕ УЧИТЫВАТЬ ДЕЙСТВИЯ КОНКУРЕНТОВ, ТО ЭТО РЫНОК а) монополии б) монополистической конкуренции в) совершенной конкуренции г) олигополии д) олигопсонии	а)	Экономика
УК-10	ПРИБЫЛЬ ПРЕДПРИЯТИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ а) выручка от реализации продукции плюс издержки производства б) выручка от реализации продукции минус налог на добавленную стоимость в) выручка от реализации продукции минус издержки производства г) издержки производства плюс налог на добавленную стоимость д) выручка от реализации продукции делится на издержки производства	в)	Экономика
УК-10	МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ ОТНОСИТСЯ а) к чистым общественным благам б) к квазиобщественным благам в) к чистым частным благам г) к государственным благам д) к общим благам	б)	Экономика
УК-10	В ОСНОВЕ БЮДЖЕТНОГО УСТРОЙСТВА ЛЕЖИТ ПРИНЦИП а) бюджетного суверенитета б) бюджетного централизма в) фискального федерализма г) национального приоритета д) всеобщего равенства	в)	Экономика
УК-10	ПРИНЦИП ЕДИНСТВА В ПОСТРОЕНИИ БЮДЖЕТА ОЗНАЧАЕТ а) что все доходы и расходы объединяются в один бюджет б) что устанавливается единый налог в) что расходы осуществляются в соответствии с	а)	Экономика

	единой политикой г) что статьи бюджета нельзя изменять и дополнять д) что ежегодно планируются одни и те же суммы по доходам и расходам		
УК-10	ЕСЛИ ДВА ТОВАРА ЯВЛЯЮТСЯ ТОВАРАМИ СУБСТИТУТАМИ, ТО РОСТ ЦЕНЫ НА ПЕРВЫЙ ТОВАР ВЫЗОВЕТ а) падение спроса на второй товар б) рост спроса на второй товар в) падение предложения второго товара г) изменение качества второго товара д) изменение технологии изготовления первого товара	б)	Экономика
УК-10	ЗАКОН ПРЕДЛОЖЕНИЯ ВЫРАЖАЕТ а) обратную связь между ценой и количеством продаваемого товара б) зависимость количества продаваемого товара от уровня инноваций в) прямую связь между ценой и количеством продаваемого товара г) зависимость количества продаваемого товара от уровня издержек производства д) зависимость количества продаваемого товара от уровня доходов потребителей	в)	Экономика
УК-11	ВИДЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ, КОТОРЫЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ В ОТНОШЕНИИ ВИНОВНЫХ ЛИЦ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА а) дисциплинарная ответственность, уголовная ответственность, административная ответственность б) уголовная ответственность, дисциплинарная ответственность, общественное порицание в) общественное порицание г) уголовная ответственность, общественное порицание д) дисциплинарная ответственность, общественное порицание	а)	Правоведение
УК-11	ВИДЫ ПРЕСТУПЛЕНИЙ, ЗА КОТОРЫЕ НАСТУПАЕТ УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ а) неоказание помощи больному, причинение смерти по неосторожности, незаконное производство аборта, причинение тяжелой степени тяжести вреда здоровью по неосторожности б) причинение легкой степени тяжести вреда здоровью по неосторожности в) причинение средней или легкой тяжести вреда здоровью по неосторожности г) причинение тяжелой степени тяжести вреда здоровью (казус)	а)	Правоведение
УК-11	ПРИЧИНЕНИЕ ТЯЖКОГО ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ	в)	Правоведение

	<p>ВСЛЕДСТВИЕ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ИСПОЛНЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ ВВЕРЯЮТ В ВИНУ ВРАЧА</p> <p>а) когда тяжкий вред наступил из-за того, что пациент скрыл важную для лечения информацию</p> <p>б) когда врач умышленно причинил вред пациенту</p> <p>в) когда врач поставил неверный диагноз из-за недостатка диагностических мероприятий</p> <p>г) когда врач нарушил врачебную тайну</p> <p>д) когда тяжкий вред наступил из-за несвоевременного оказания помощи</p>		
УК-11	<p>СУБЪЕКТОМ НЕЗАКОННОГО ПРОИЗВОДСТВА АБОРТА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) любое должностное лицо медицинского учреждения</p> <p>б) только врач гинекологического отделения</p> <p>в) лицо, не имеющее высшего медицинского образования соответствующего профиля</p> <p>г) лицо, имеющее высшее медицинское образование негинекологического профиля</p> <p>д) лицо, имеющее высшее гуманитарное образование</p>	в)	Правоведение
УК-11	<p>ПЕРЕСАДКА ОРГАНОВ И (ИЛИ) ТКАНЕЙ РЕЦИПИЕНТУ БЕЗ ЕГО СОГЛАСИЯ ЛИБО БЕЗ СОГЛАСИЯ ЕГО РОДИТЕЛЕЙ ИЛИ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ВОЗМОЖНА</p> <p>а) только с письменного согласия реципиента</p> <p>б) если реципиент не достиг 18 лет</p> <p>в) когда промедление угрожает жизни реципиента, а получить согласие невозможно</p> <p>г) если вред здоровью причинен в результате противоправных действий</p> <p>д) если реципиент признан недееспособным</p>	в)	Правоведение
УК-11	<p>УСЛОВИЯ, ПРИ КОТОРЫХ МОЖЕТ НАСТУПИТЬ ИМУЩЕСТВЕННАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЛПУ ЗА ВРЕД, ПРИЧИНЕННЫЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА</p> <p>а) противоправность действия (бездействия), грубые деонтологические нарушения, причинение вреда жизни и здоровью пациента</p> <p>б) грубые деонтологически нарушения</p> <p>в) противоправность действия (бездействия), причинение вреда жизни и здоровью пациента, явный умысел, причинная связь между противоправным действием и возникшим вредом</p> <p>г) противоправность действия (бездействия), причинение вреда жизни и здоровью пациента, явный умысел, причинная связь между противоправным действием и возникшим вредом, вина медицинского учреждения</p> <p>д) вина медицинского учреждения</p>	в)	Правоведение

УК-11	<p><b>ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ СОСТАВЛЯЮТ</b></p> <p>а) информация о состоянии здоровья пациента  б) информация о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при обследовании и лечении пациента, а также сведения при тяжелом состоянии больного в отношении его самого  в) информация о факте обращения за медицинской помощью г) информация о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при обследовании и лечении пациента  д) информация о факте обращения за медицинской помощью и о диагнозе</p>	б)	Правоведение
ОПК-1	<p><b>ВМЕШАТЕЛЬСТВО В СФЕРУ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА МОЖЕТ ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ</b></p> <p>а) на основании свободного, осознанного и информированного согласия больного;  б) на основании медицинских показаний;  в) на основании редкости картины заболевания и его познавательной ценности;  г) на основании требования родственников;  д) на основании извлечения финансовой выгоды.</p>	а)	Биоэтика
ОПК-1	<p><b>ПАТЕРНАЛИСТИЧЕСКОЕ ОТНОШЕНИЕ ВРАЧА К ПАЦИЕНТУ МОТИВИРОВАННО СТРЕМЛЕНИЕМ</b></p> <p>а) помочь страдающему пациенту;  б) возвысится над пациентом;  в) выстроить диалог с пациентом  г) избежать конфликтов с пациентом;  д) защитить автономию пациента.</p>	а)	Биоэтика
ОПК-1	<p><b>КОЛЛЕГИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА – ЭТО</b></p> <p>а) манипулирование с телом пациента;  б) отеческое отношение родителя к ребёнку;  в) отношение двух коллег;  г) отношение людей, заключивших между собой договор;  д) манипулирование сознанием пациента</p>	в)	Биоэтика
ОПК-1	<p><b>В РАМКАХ ИНЖЕНЕРНОЙ МОДЕЛИ ОТНОШЕНИЕ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА НАПОМИНАЮТ</b></p> <p>а) манипулирование с телом пациента;  б) отеческое отношение родителя к ребёнку;  в) отношение двух коллег;  г) людей, заключивших между собой договор;  д) научный эксперимент</p>	а)	Биоэтика
ОПК-1	<p><b>ПОЗИТИВНАЯ РОЛЬ КОЛЛЕГИАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ТОМ, ЧТО ОНА</b></p> <p>а) защищает престиж лечебного учреждения;  б) оправдывает ожидания пациента;</p>	в)	Биоэтика



	<p>в) защищает моральные ценности автономной личности пациента;</p> <p>г) защищает моральные ценности автономной личности врача;</p> <p>д) позволяет управлять пациентом</p>		
ОПК-1	<p>УЧИТЫВАЯ ПРИНЦИП АВТОНОМИИ ПАЦИЕНТА ВРАЧ ДОЛЖЕН</p> <p>а) прислушиваться к мнению пациента;</p> <p>б) рассматривать собственное решение как единственно правильное;</p> <p>в) прислушиваться к мнению родственников пациента;</p> <p>г) прислушиваться к мнению медицинской сестры;</p> <p>д) прислушиваться к мнению коллектива врачей.</p>	а)	Биоэтика
ОПК-1	<p>ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА ВКЛЮЧАЕТ ИНФОРМАЦИЮ О</p> <p>а) здоровье, семейной и интимной жизни пациента;</p> <p>б) здоровье, семейной и интимной жизни врача;</p> <p>в) количестве врачебных ошибок;</p> <p>г) заработной плате врача;</p> <p>д) стоимости лечения пациента</p>	а)	Биоэтика
ОПК-1	<p>ПОКАЗАНИЯМИ К ПРИМЕНЕНИЮ СУРРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>а) желание женщины – биологической матери;</p> <p>б) желание мужа;</p> <p>в) желание суррогатной матери;</p> <p>г) отсутствие матки (врождённое или приобретённое);</p> <p>д) желание врача</p>	г)	Биоэтика
ОПК-1	<p>МОРАЛЬНО-ЭТИЧЕСКАЯ НЕПРЕМЛЕМОСТЬ АБОРТА СВЯЗАНА С</p> <p>а) нарушением права эмбриона на жизнь;</p> <p>б) нарушением права женщины распоряжаться своим телом; в) нарушением права мужчины на отцовство;</p> <p>г) профессиональным выгоранием врача;</p> <p>д) нарушением норм законодательства</p>	а)	Биоэтика
ОПК-1	<p>ЦЕННОСТЬ ЧЕЛОВЕЧЕСКОЙ ЖИЗНИ В БИОЭТИКЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ</p> <p>а) полом;</p> <p>б) возрастом;</p> <p>в) социальным положением;</p> <p>г) психической и физической полноценностью;</p> <p>д) уникальностью и неповторимостью.</p>	д)	Биоэтика
ОПК-1	<p>ОСНОВАНИЕМ ДОПУСТИМОСТИ АБОРТА В ЛИБЕРАЛЬНОЙ ИДЕОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ а) отрицание личностного статуса плода; б) отрицание права ребёнка; в) свобода женщины; г) желание мужа; д) существование медицинской операции по искусственному прерыванию беременности.</p>	в)	Биоэтика
ОПК-1	<p>ЭВТАНАЗИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ</p>	в)	Биоэтика

	<p>а) смерть больного вследствие обезболивающей терапии;</p> <p>б) смерть неправильно сформированного новорождённого;</p> <p>в) безболезненный уход из жизни, лёгкая смерть;</p> <p>г) убийство по неосторожности</p> <p>д) самоубийство пациента</p>		
ОПК-1	<p>КЛОНИРОВАНИЕ – ЭТО</p> <p>а) улучшение человеческого рода;</p> <p>б) пересадка органа от донора к реципиенту;</p> <p>в) получения генетически идентичных потомков бесполом путем;</p> <p>г) диагностика наследственных болезней</p> <p>д) забор стволовых клеток</p>	в)	Биоэтика
ОПК-1	<p>ДОЗИРОВАННАЯ СФИНКТЕРОТОМИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАДНЕЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ ПРЕДПОЛАГАЕТ РАССЕЧЕНИЕ ЗАДНЕЙ ПОРЦИИ ВНУТРЕННЕГО СФИНКТЕРА НА ГЛУБИНУ:</p> <p>а) 0,5-0,8 см ,</p> <p>б) 0,8-1,0 см ,</p> <p>в) 1,0-1,5 см ,</p> <p>г) 1,5-2,0 см ,</p> <p>д) более 2,0 см</p>	а)	Оперативная хирургия
ОПК-1	<p>ПАЛЛИАТИВНАЯ ОПЕРАЦИЯ – ЭТО ОПЕРАЦИЯ:</p> <p>а) ликвидирующая угрожающий жизни основной симптом заболевания,</p> <p>б) устраняющая патологический очаг,</p> <p>в) наиболее простая по технике выполнения,</p> <p>г) неправильно выбранная операция.,</p> <p>д) всё неверно</p>	а)	Оперативная хирургия
ОПК-1	<p>ОПЕРАЦИЯ, ПОСРЕДСТВОМ КОТОРОЙ МОЖЕТ БЫТЬ ДОСТИГНУТО ПОЛНОЕ ИЗЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО, ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК:</p> <p>а) паллиативная,</p> <p>б) диагностическая,</p> <p>в) радикальная ,</p> <p>г) биопсийная.,</p> <p>д) всё неверно</p>	в)	Оперативная хирургия
ОПК-1	<p>ОПЕРАЦИЯ, ПРИ КОТОРОЙ ВСЕ ЭТАПЫ ПРОИЗВОДЯТСЯ НЕПОСРЕДСТВЕННО ОДИН ЗА ДРУГИМ БЕЗ РАЗРЫВА ПО ВРЕМЕНИ, НАЗЫВАЕТСЯ:</p> <p>а) одномоментная,</p> <p>б) двухмоментная,</p> <p>в) трёхмоментная,</p> <p>г) многомоментная.</p> <p>д) всё неверно</p>	а)	Оперативная хирургия
ОПК-1	<p>ЕСЛИ У ОПЕРИРУЕМОГО ОРГАНА УДАЛЯЮТ ПРОМЕЖУТОЧНУЮ ЧАСТЬ С</p>	в)	Оперативная хирургия

	ПОСЛЕДУЮЩИМ ВОССТАНОВЛЕНИЕМ ПРОТЯЖЕННОСТИ ЕГО, ТАКОЙ ОПЕРАТИВНЫЙ ПРИЕМ НАЗЫВАЮТ: а) эктомия, б) экстирпация, в) резекция, г) экзартикуляция., д) всё неверно		
ОПК-1	КАК НАЗЫВАЕТСЯ ОПЕРАЦИЯ ПО ОСВОБОЖДЕНИЮ НЕРВА ИЗ РУБЦОВ?, а) невролиз, б) нейротомия, в) резекция нерва , г) транспозиция нерва, д) всё неверно	А)	оперативная хирургия
ОПК-1	КАК НАЗЫВАЕТСЯ ОПЕРАЦИЯ ВСКРЫТИЯ СУСТАВА? а) пункция, б) синовэктомия, в) артротомия, г) резекция сустава , д) артрорез	в)	Оперативная хирургия
ОПК-1	ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ - ЭТО: а) наука об организационных, экономических и правовых проблемах медицины и здравоохранения; б) общественная, научная и учебная дисциплина, изучающая комплекс социальных, экономических, организационных, правовых, социологических, психологических вопросов медицины, охраны и восстановления здоровья населения; в) наука, изучающая комплекс социальных, правовых и организационных мероприятий, направленных на охрану здоровья населения; г) наук о здоровье населения и факторах, на него влияющих; д) наука, изучающая социальные аспекты деятельности системы здравоохранения	б)	ОЗД
ОПК-1	ФАКТОРАМИ, ОКАЗЫВАЮЩИМИ ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ, ЯВЛЯЮТСЯ: а) генетические, природно-климатические; б) уровень, качество и доступность медицинской помощи; в) уровень и образ жизни населения; г) уровень экономического развития общества; д) все вышеперечисленное	д)	ОЗД
ОПК-1	ДОСТОВЕРНЫЙ ПРИЗНАК ОГНЕСТРЕЛЬНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ а) осаднения б) отложения продуктов сгорания пороха в) разрыв ткани г) сквозной характер ранения д) дырчатый перелом черепа	б)	Судебная медицина

ОПК-1	<p>ПРИ ОСМОТРЕ ТРУПА НА МЕСТЕ ЕГО ОБНАРУЖЕНИЯ ПРИ НАЛИЧИИ НА КОЖНОМ ПОКРОВЕ КОЛОТО-РЕЗАНОЙ РАНЫ НЕОБХОДИМО</p> <p>а) подробно описать повреждение на одежде и кожном покрове трупа  б) обмыть обнаруженное повреждение водой  в) измерить глубину раневого канала с помощью зонда  г) извлечь орудие из раны  д) рассечь кожные покровы для установления направления раневого канала</p>	а)	Судебная медицина
ОПК-1	<p>НА ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ТЕЛА ИЛИ ИЗМЕНЕНИЕ ЕГО ПОЛОЖЕНИЯ МОЖЕТ УКАЗЫВАТЬ</p> <p>а) наличие множественных взаимопараллельных царапин на теле  б) наличие трупных пятен на передней поверхности тела  в) поза трупа с приведенными конечностями  г) наличие повреждений  д) наличие гнилостных изменений</p>	а)	Судебная медицина
ОПК-1	<p>ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДАВНОСТИ НАСТУПЛЕНИЯ СМЕРТИ</p> <p>а) определяют стадию развития трупных пятен, степень выраженности мышечного окоченения  б) определяют позу трупа  в) устанавливают причину смерти  г) определяют травмирующий предмет  д) транспортируют труп в морг</p>	а)	Судебная медицина
ОПК-1	<p>ШТАМП-ССАДИНЫ ОБРАЗУЮТСЯ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ТРАВМИРУЮЩЕГО ПРЕДМЕТА ПОД УГЛОМ</p> <p>а) <math>20^{\circ}</math> к поверхности кожи  б) под прямым или близким к нему углом  в) <math>60^{\circ}</math> к поверхности кожи  г) <math>45^{\circ}</math> к поверхности кожи  д) <math>10^{\circ}</math> к поверхности кожи</p>	б)	Судебная медицина
ОПК-1	<p>РАБОТНИКИ С ВЫСШИМ МЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ МОГУТ БЫТЬ ДОПУЩЕНЫ К ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОСЛЕ ПРОХОЖДЕНИЯ ПЕРЕПОДГОТОВКИ ИЛИ НА ОСНОВАНИИ ПРОВЕРОЧНОГО ИСПЫТАНИЯ, ЕСЛИ ОНИ НЕ РАБОТАЛИ ПО СВОЕЙ СПЕЦИАЛЬНОСТИ</p> <p>а) более 2 лет  б) более 10 лет  в) более 5 лет  г) более 3 лет  д) более 8 лет</p>	в)	Правоведение
ОПК-1	<p>ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ У ВРАЧЕЙ СОСТАВЛЯЕТ</p> <p>а) не более 40 часов</p>	в)	Правоведение

	б) не более 30 часов в) не более 36 часов г) не более 28 часов д) не более 48 часов		
ОПК-1	<b>УСТАНОВЛЕНИЕ ГРУППЫ ИНВАЛИДНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ</b> а) лечащий врач б) заведующий отделением в) клинично-экспертная комиссия лечебно-профилактического учреждения г) главный специалист по экспертизе нетрудоспособности МЗ РФ д) медико-социальная экспертная комиссия	д)	Правоведение
ОПК-1	<b>ПРИЗНАКАМИ ТЯЖКОГО ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ЯВЛЯЮТСЯ</b> а) расстройство здоровья, соединенное со стойкой утратой трудоспособности не менее, чем на одну треть б) кратковременное расстройство здоровья в) временная утрата трудоспособности свыше 3 недель г) стойкая утрата трудоспособности, равная 5 % д) временная утрата трудоспособности свыше 4 недель	а)	Правоведение
ОПК-1	<b>ВРЕД, КОТОРЫЙ ПРИЧИНЁН ПАЦИЕНТУ ПО ВИНЕ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ, ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ</b> а) в размере 1000 минимальных окладов б) в размере ежемесячного оклада умершего за вычетом доли его самого и трудоспособных членов его семьи в) по «Правилам возмещения вреда, причиненного работодателем» г) по желанию семьи пострадавшего д) в размере годового оклада умершего	б)	Правоведение
ОПК-1	<b>ВИДЫ ДИСЦИПЛИНАРНЫХ ВЗЫСКАНИЙ, ПРИМЕНЯЕМЫХ К МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКАМ ЗА НАРУШЕНИЕ СВОИХ ТРУДОВЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ</b> а) замечание, перевод на нижеоплачиваемую должность, выговор, строгий выговор, увольнение б) перевод на нижеоплачиваемую должность в) замечание, выговор, увольнение г) замечание, выговор, строгий выговор, увольнение д) перевод на нижеоплачиваемую должность, увольнение,	в)	Правоведение
ОПК-1	<b>ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ ЕДИНОЛИЧНО И ЕДИНОВРЕМЕННО ВЫДАЕТ ГРАЖДАНАМ ЛИСТКИ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА СРОК</b> а) до 21 дня б) до 30 дней	г)	Правоведение

	<p>в) до 15 дней  г) до 10 дней  д) до 25 дней</p>		
ОПК-1	<p>КАК СООТНОСЯТСЯ МЕЖДУ СОБОЙ ПОНЯТИЯ «УХОД ЗА БОЛЬНЫМ» И «ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО»:</p> <p>а) уход и лечение - разные понятия; лечение осуществляется врачом; уход - средним и младшим медицинским персоналом; б) уход и лечение - это одно и то же, так как и лечение, и уход ставят своей целью достижение выздоровления больного;  в) уход является неотъемлемой составной частью лечения.  г) уход и лечение – понятия, относящиеся к разному уровню оказания медицинских услуг  д) два термина, не имеющие между собой никаких соотношения</p>	б)	ПП ПММП
ОПК-1	<p>ЧТО ОЗНАЧАЕТ ПОНЯТИЕ «СПЕЦИАЛЬНЫЙ УХОД»:</p> <p>а) уход, который должен осуществляться особенно тщательно;  б) уход, который должен проводиться в специальных условиях;  в) уход, который требует присутствия определенных специалистов;  г) уход, который предусматривает проведение дополнительных мероприятий, обусловленных спецификой заболевания.  д) уход, осуществляемый узким специалистом</p>	г)	ПП ПММП
ОПК-1	<p>КТО ДОЛЖЕН ОСУЩЕСТВЛЯТЬ ОБЩИЙ УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ:</p> <p>а) родственники больного;  б) средний и младший медицинский персонал;  в) все медицинские работники, родственники больного, каждый из которых имеет свои определенные функции по организации ухода.  г) врач  д) санитар (младший медицинский персонал)</p>	в)	ПП ПММП
ОПК-1	<p>ЧТО ИЗУЧАЕТ МЕДИЦИНСКАЯ ДЕОНТОЛОГИЯ:</p> <p>а) взаимоотношения между врачом и больным;  б) широкий круг вопросов долга, морали и профессиональной этики медицинских работников;  в) ятрогенные заболевания.  г) юридические аспекты ухода за больными  д) взаимоотношения среди медицинских работников</p>	б)	ПП ПММП
ОПК-1	<p>МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА, ПЕРЕПУТАВ ВНЕШНЕ ПОХОЖИЕ ФЛАКОНЫ, ВВЕЛА БОЛЬНОЙ ВМЕСТО ГЕПАРИНА БОЛЬШУЮ ДОЗУ ИНСУЛИНА (БЫСТРО СНИЖАЮЩЕГО УРОВЕНЬ САХАРА В КРОВИ), В РЕЗУЛЬТАТЕ</p>	а)	ПП ПММП

	<p>ЧЕГО НАСТУПИЛО РЕЗКОЕ УХУДШЕНИЕ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОЙ (ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКАЯ КОМА). КАК МОЖНО ОЦЕНИТЬ ДЕЙСТВИЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ:</p> <p>а) медицинское правонарушение (небрежность, халатность); б) медицинская ошибка;</p> <p>в) случайная оплошность</p> <p>г) синдром профессионального выгорания</p> <p>д) административное правонарушение</p>		
ОПК-1	<p>СКОЛЬКО ВРЕМЕНИ РОЖЕНИЦА ОСТАЕТСЯ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ ПОСЛЕ РОДОВ?</p> <p>а) 30 минут</p> <p>б) 1 час</p> <p>в) 2 часа</p> <p>г) 4 часа</p> <p>д) 10 минут</p>	в)	ПП ПММП
ОПК-1	<p>КАК СООТНОСЯТСЯ МЕЖДУ СОБОЙ ПОНЯТИЯ «УХОД ЗА БОЛЬНЫМ» И «ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО»:</p> <p>а) уход и лечение - разные понятия; лечение осуществляется врачом; уход - средним и младшим медицинским персоналом; б) уход и лечение - это одно и то же, так как и лечение, и уход ставят своей целью достижение выздоровление больного;</p> <p>в) уход является неотъемлемой составной частью лечения.</p> <p>г) Уход и лечение – понятия, относящиеся к разному уровню оказания медицинских услуг</p> <p>д) Два термина, не имеющие между собой никаких соотношения</p>	б)	УП уход за больными ТерПроф
ОПК-1	<p>ЧТО ОЗНАЧАЕТ ПОНЯТИЕ «СПЕЦИАЛЬНЫЙ УХОД»:</p> <p>а) уход, который должен осуществляться особенно тщательно;</p> <p>б) уход, который должен проводиться в специальных условиях;</p> <p>в) уход, который требует присутствия определенных специалистов;</p> <p>г) уход, который предусматривает проведение дополнительных мероприятий, обусловленных спецификой заболевания.</p> <p>д) уход, осуществляемый узким специалистом</p>	г)	УП уход за больными ТерПроф
ОПК-1	<p>КТО ДОЛЖЕН ОСУЩЕСТВЛЯТЬ ОБЩИЙ УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ:</p> <p>а) родственники больного;</p> <p>б) средний и младший медицинский персонал;</p> <p>в) все медицинские работники, родственники больного, каждый из которых имеет свои определенные функции по организации ухода.</p> <p>г) врач д) санитар (младший медицинский персонал)</p>	в)	УП уход за больными ТерПроф

ОПК-1	<p>ЧТО ИЗУЧАЕТ МЕДИЦИНСКАЯ ДЕОНТОЛОГИЯ:</p> <p>а) взаимоотношения между врачом и больным;</p> <p>б) широкий круг вопросов долга, морали и профессиональной этики медицинских работников;</p> <p>в) ятрогенные заболевания.</p> <p>г) юридические аспекты ухода за больными</p> <p>д) взаимоотношения среди медицинских работников</p>	б)	УП уход за больными ТерПроф
ОПК-1	<p>МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА, ПЕРЕПУТАВ ВНЕШНЕ ПОХОЖИЕ ФЛАКОНЫ, ВВЕЛА БОЛЬНОЙ ВМЕСТО ГЕПАРИНА БОЛЬШУЮ ДОЗУ ИНСУЛИНА (БЫСТРО СНИЖАЮЩЕГО УРОВЕНЬ САХАРА В КРОВИ), В РЕЗУЛЬТАТЕ ЧЕГО НАСТУПИЛО РЕЗКОЕ УХУДШЕНИЕ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОЙ (ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКАЯ КОМА). КАК МОЖНО ОЦЕНИТЬ ДЕЙСТВИЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ:</p> <p>а) медицинское правонарушение (небрежность, халатность); б) медицинская ошибка;</p> <p>в) случайная оплошность</p> <p>г) синдром профессионального выгорания</p> <p>д) административное правонарушение</p>	а)	УП уход за больными ТерПроф
ОПК-1	<p>СКОЛЬКО ВРЕМЕНИ РОЖЕНИЦА ОСТАЕТСЯ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ ПОСЛЕ РОДОВ?</p> <p>а) 30 минут</p> <p>б) 1 час</p> <p>в) 2 часа</p> <p>г) 4 часа</p> <p>д) 10 минут</p>	в)	УП уход за больными ТерПроф
ОПК-1	<p>В КАКОЙ СИТУАЦИИ МОЖЕТ БЫТЬ БЛАГОПРИЯТНЫЙ ОТВЕТ НА ЭЛЕКТРОКОНВУЛЬСИВНУЮ ТЕРАПИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ</p> <p>а) острый приступ болезни</p> <p>б) относительно хороший преморбидный статус</p> <p>в) продолжительность болезни менее одного года</p> <p>г) социальная поддержка больного</p> <p>д) хроническое течение болезни</p>	б)	Психиатрия
ОПК-1	<p>ЛЕЧЕНИЕ ВЫБОРА ДЛЯ БОЛЬНОГО С НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ</p> <p>а) галоперидол</p> <p>б) амитриптилин</p> <p>в) циклодол</p> <p>г) аминазин</p> <p>д) мелипрамин</p>	в)	Психиатрия
ОПК-1	<p>СОГЛАСНО КЛАССИЧЕСКИМ ПРИНЦИПАМ ПСИХОТЕРАПИИ, ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ НЕПСИХОТИЧЕСКОМУ, НО ЭМОЦИОНАЛЬНО ПОРАЖЕННОМУ ПАЦИЕНТУ, ВРАЧУ СЛЕДУЕТ</p>	б)	Психиатрия



	<p>а) дать прямой совет по улучшению межперсональных отношений</p> <p>б) помочь больному выбрать собственный план действий</p> <p>в) выйти на прямой контакт с лицами - участниками конфликта</p> <p>г) вызвать чувство безопасности, ярко выражая свою симпатию</p> <p>д) вызвать бригаду скорой помощи</p>		
ОПК-1	<p>ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ «ОПУХОЛЬ»</p> <p>а) управляемая пролиферация клеток</p> <p>б) автономная, безудержная пролиферация клеток</p> <p>в) пролиферация клеток для выполнения функции защиты организма</p> <p>г) пролиферация клеток для восстановления тканей</p> <p>д) пролиферация клеток с последующей дифференцировкой</p>	б	Онкология
ОПК-2	<p>РЕАКЦИЯ АГГЛЮТИНАЦИИ ПРОИСХОДИТ ПРИ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ</p> <p>а) Агглютиногена А с агглютиногеном В</p> <p>б) Агглютинина а с агглютинином в</p> <p>в) Одноимённых агглютиногенов и агглютининов</p> <p>г) Агглютиногена В с Rh-агглютинином</p> <p>д) АгглютиногенаRh с а агглютинином</p>	в)	Нормальная физиология
ОПК-2	<p>СТРУКТУРЫ, ЧЕРЕЗ КОТОРЫЕ БОЛЬШИНСТВО ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ВЛИЯЮТ НА ОРГАНЫ И ТКАНИ</p> <p>а) Нервы</p> <p>б) Синапсы</p> <p>в) Железы</p> <p>г) Мышцы</p> <p>д) Ткани</p>	б)	Нормальная физиология
ОПК-2	<p>ПРОБЫ РИННЕ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ ПОРАЖЕНИЕ</p> <p>а) Центрального отдела слухового анализатора</p> <p>б) Кортиева органа</p> <p>в) Наружного, среднего уха</p> <p>г) Слухового нерва</p> <p>д) Задних бугров пластинки четверохолмия среднего мозга</p>	в)	Нормальная физиология
ОПК-2	<p>КАКОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ НАИБОЛЕЕ ТОЧНО ОТРАЖАЕТ ПОНЯТИЕ «АНАЛИЗАТОР»</p> <p>а) Совокупность нейронов, обеспечивающих прием из внешней среды, анализ и синтез информации, а также передачу регулирующих сигналов на периферические ткани и органы.</p> <p>б) Афферентная система, обеспечивающая прием информации из внешней и внутренней среды и ее анализ на различных уровнях организма, вплоть до высшего.</p> <p>в) Совокупность структур, обеспечивающих прием</p>	б)	Нормальная физиология

	и кодирование информации, поступающей из внешней среды. г) Совокупность нервных рецепторов и вспомогательных структур. д) Совокупность нейронов коры больших полушарий, участвующих в формировании ощущений.		
ОПК-2	ЧТО ТАКОЕ ОБРАТНАЯ АФФЕРЕНТАЦИЯ? а) Информация, направляемая из нервного центра к мышцам. б) Информация, направляемая из нервного центра к железам внутренней секреции. в) Информация о внешней среде, вызывающая определенный поведенческий акт. г) Информация о работе исполнительных органов и параметрах результата действия. д) Гуморальная регуляция функций	а)	Нормальная физиология
ОПК-2	ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ СИСТЕМООБРАЗУЮЩИМ ФАКТОРОМ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПОВЕДЕНЧЕСКОГО АКТА? а) Положительная эмоция, формирующаяся при завершении поведенческого акта. б) Результат действия, в частности, заданный уровень важнейших физиологических констант. в) Импульсы, поступающие к рабочим органам из нервных центров. г) Обстановочная афферентация. д) Рефлекторная реакция	в)	Нормальная физиология
ОПК-2	ТЕХНОЛОГИЯ ПРИГОТОВЛЕНИЯ ВРЕМЕННОГО МИКРОПРЕПАРАТА ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ В МИКРОСКОПЕ а) кусочек объекта поместить на предметное стекло и смотреть в микроскопе б) кусочек объекта поместить на предметное стекло, закрыть покровным стеклом и смотреть в микроскопе в) кусочек объекта поместить на предметное стекло, капнуть каплю воды, закрыть покровным стеклом и смотреть в микроскопе г) кусочек объекта поместить на предметное стекло, окрасить, закрыть покровным стеклом и смотреть д) кусочек объекта раздавить, закрыть покровным стеклом и смотреть в микроскопе	в)	Биология
ОПК-2	СТРОЕНИЕ ВШЕЙ, КЛОПОВ, БЛОХ, КЛЕЩЕЙ ЛУЧШЕ ИЗУЧАТЬ закрыть покровным стеклом и смотреть в микроскопе а) в световом микроскопе б) под лупой в) в электронном микроскопе г) в люминесцентном микроскопе д) в фазовоконтрастном микроскопе	б)	Биология
ОПК-2	В СВЕТОВОМ МИКРОСКОПЕ МОЖНО	а)	Биология

	<p>УВИДЕТЬ</p> <p>а) клетки крови б) эндоплазматическую сеть в) рибосомы г) слои клеточной мембраны д) хромосомы</p>		
ОПК-2	<p>ЛАТИНСКОЕ НАЗВАНИЕ DUODENUM ИМЕЕТ</p> <p>а) прямая кишка б) слепая кишка в) двенадцатиперстная кишка г) тощая кишка д) подвздошная кишка</p>	в)	Анатомия
ОПК-2	<p>ПОВЕДЕНИЕ И МЫШЛЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА, ОБЕСПЕЧИВАЮЩЕЕ ЕМУ ЗДОРОВОЕ ДОЛГОЛЕТИЕ, НАЗЫВАЕТСЯ</p> <p>а) Рациональная жизнь б) Здоровый образ жизни в) Эффективный образ жизни г) Здоровье д) Психическая релаксация</p>	б)	Валеология
ОПК-2	<p>ВАЛЕОЛОГИЯ - ЭТО НАУКА:</p> <p>а) О здоровье б) О самопознании в) О физкультуре г) О нравственном воспитании д) Об окружающей среде</p>	а)	Валеология
ОПК-2	<p>ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА НА 50% ЗАВИСИТ ОТ</p> <p>а) Наследственности б) Образа жизни в) Медицины г) Внешней среды д) Развития диспансеризации</p>	б)	Валеология
ОПК-2	<p>УРОВНИ ЗДОРОВЬЯ:</p> <p>а) Общественное, групповое, индивидуальное б) Общественное, групповое, общемировое в) Групповое, индивидуальное, собственное г) групповое, индивидуальное д) Собственное, частное, региональное</p>	а)	Валеология
ОПК-2	<p>КАКОВЫ ПРИЗНАКИ ВЫСОКОГО УРОВНЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РЕЗЕРВОВ ОРГАНИЗМА?</p> <p>а) Высокая активация дыхательной и сердечно-сосудистой систем в условиях покоя. б) Невысокая «физиологическая стоимость» выполнения стандартных функциональных нагрузок. в) Вагусная тахикардия покоя. г) Высокая частота сокращений сердца при стандартных физических нагрузках. д) Увеличение СОЭ</p>	б)	Валеология
ОПК-2	<p>СПОСОБНОСТЬ СОПРОТИВЛЯТЬСЯ СТРЕССУ УМЕНЬШАЕТСЯ В ФАЗУ</p> <p>а) Истощения</p>	а)	Валеология

	<ul style="list-style-type: none"> <li>б) Адаптации</li> <li>в) Тревоги</li> <li>г) Шока</li> <li>д) Противошока</li> </ul>		
ОПК-2	<p>БИОЛОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ СТРЕССА</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) Патологическая</li> <li>б) Интегративная.</li> <li>в) Морфогенетическая</li> <li>г) Адаптационная</li> <li>д) Психологическая</li> </ul>	г)	Валеология
ОПК-2	<p>ЧТО ТАКОЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ НАПРЯЖЕНИЕ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) Формирование трудовой доминанты</li> <li>б) Развитие утомления при тяжелой и длительной трудовой деятельности</li> <li>в) Активация возбудимых структур и повышение механической нагрузки на невозбудимые структуры.</li> <li>г) Снижение производительности труда при увеличении его физиологической стоимости</li> <li>д) Импульсы, поступающие к рабочим органам из нервных центров</li> </ul>	в)	Валеология
ОПК-2	<p>НАЗОВИТЕ МЕРОПРИЯТИЕ, КОТОРОЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКОЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ? А. Ранняя диагностика заболевания Б. Санаторно-курортное лечение В. Противорецидивное лечение и профилактика обострений Г. Профилактическая госпитализация Д. Вакцинация</p>	д)	Валеология
ОПК-2	<p>ГИПОДИНАМИЯ – ЭТО:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) Пониженная двигательная активность человека</li> <li>б) Повышенная двигательная активность человека</li> <li>в) Нехватка витаминов в организме</li> <li>г) Чрезмерное питание</li> <li>д) Повышенная стрессреактивность</li> </ul>	а)	Валеология
ОПК-2	<p>В КАКИХ СТРУКТУРАХ РАНЬШЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ УТОМЛЕНИЕ ПРИ ФИЗИЧЕСКОМ ТРУДЕ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) В двигательных нервных волокнах</li> <li>б) В нервных центрах</li> <li>в) В работающих мышцах</li> <li>г) В афферентных нервных волокнах</li> <li>д) В проприорецепторах</li> </ul>	б)	Валеология
ОПК-2	<p>К КЛАССАМ НОРМАТИВОВ ПРИ НОРМАЛЬНОЙ ЭКСПЛУАТАЦИИ ТЕХНОГЕННЫХ ИСТОЧНИКОВ В СООТВЕТСТВИИ С НРБ – 99/2009 ОТНОСЯТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) основные пределы доз, допустимые уровни, контрольные уровни</li> <li>б) допустимые уровни</li> <li>в) контрольные уровни</li> <li>г) основные пределы доз, контрольные уровни</li> </ul>	а)	Гигиена

	д) основные пределы доз		
ОПК-2	<p>ГИГИЕНИЧЕСКИЙ НОРМАТИВ ОБЛУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ РЕНТГЕНОПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ УСТАНОВЛЕН СЛЕДУЮЩИМИ ДОКУМЕНТАМИ</p> <p>а) СанПиН 2.6.1.1192-03 «Гигиенические требования к устройству и эксплуатации рентгеновских кабинетов, аппаратов и проведению рентгенологических исследований»</p> <p>б) Основными санитарными правилами обеспечения радиационной безопасности (ОСПОРБ-99/2010)</p> <p>в) Федеральным законом «Об использовании атомной энергии»</p> <p>г) Федеральным законом «О радиационной безопасности населения»</p> <p>д) Нормами радиационной безопасности (НРБ-99/2009)</p>	д)	Гигиена
ОПК-2	<p>СОГЛАСНО САНПИН 2.1.4.1074-01 «ПИТЬЕВАЯ ВОДА...» ПИТЬЕВАЯ ВОДА ДОЛЖНА БЫТЬ</p> <p>а) безопасна в эпидемическом и радиационном отношении</p> <p>б) безвредна по химическому составу, иметь благоприятные органолептические свойства</p> <p>в) полноценна в физиологическом отношении</p> <p>г) безопасна в эпидемическом и радиационном отношении; безвредна по химическому составу, иметь благоприятные органолептические свойства</p> <p>д) безопасна в эпидемическом и радиационном отношении; безвредна по химическому составу, иметь благоприятные органолептические свойства; полноценна в физиологическом отношении</p>	г)	Гигиена
ОПК-2	<p>СОГЛАСНО САНПИН 2.1.3.1375-03 (С ИЗМ. 2009 Г.) ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ НЕОБХОДИМО РАЗМЕЩАТЬ В ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗОНАХ ПОСЕЛЕНИЯ</p> <p>а) селитебной</p> <p>б) зеленой</p> <p>в) пригородной</p> <p>г).сочетание а, б</p> <p>д) сочетание а, б, в</p>	д)	Гигиена
ОПК-2	<p>ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ШУМА</p> <p>а) шум – всякий неприятный или нежелательный звук, либо совокупность звуков, мешающих восприятию полезных сигналов, нарушающих тишину, оказывающих вредное или раздражающее действие на организм человека, снижающих его работоспособность;</p> <p>б) шум – механические колебания упругой среды в диапазоне слышимых частот;</p> <p>в) шум – состояние среды в звуковом поле,</p>	а)	Гигиена

	<p>обусловленное наличием электромагнитных волн и напряженностью поля;</p> <p>г) шум – ощущение, воспринимаемое органом слуха при воздействии звуковых волн на этот орган;</p> <p>д) сочетание а, б, г</p>		
ОПК-2	<p>ПО СВОЕЙ ПРИРОДЕ А– ИЗЛУЧЕНИЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ:</p> <p>а) поток ядер гелия</p> <p>б) электромагнитные волны</p> <p>в) поток электронов</p> <p>г) поток протонов</p> <p>д) поток <math>\pi</math>-мезонов</p>	а)	Гигиена
ОПК-2	<p>ПРИ РЕШЕНИИ ВОПРОСА О СРОКАХ ПРОВЕДЕНИЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ВРАЧ ОБЯЗАН ПРИНЯТЬ ВО ВНИМАНИЕ</p> <p>а) семейное положение пациентки</p> <p>б) клиническое состояние</p> <p>в) фазу менструального цикла и клиническое состояние</p> <p>г) фазу менструального цикла</p> <p>д) возраст пациентки</p>	в)	Гигиена
ОПК-2	<p>МИКРОСИМПТОМ - "ГЕОГРАФИЧЕСКИЙ ЯЗЫК" ВЫЗЫВАЕТ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ВИТАМИНА</p> <p>а) витамина D</p> <p>б) витамина E</p> <p>в) витамина C</p> <p>г) витамина A</p> <p>д) витаминов группы B</p>	д)	Гигиена
ОПК-2	<p>КАКОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕРНЫМ?</p> <p>а) ответственность за сохранность карты несет страховая медицинская компания.</p> <p>б) ответственность за своевременное внесение данных пациента в медицинскую карту несет сам пациент.</p> <p>в) медицинскую карту после посещения ЛПУ выдают на руки пациенту по устному требованию.</p> <p>г) пациент должен самостоятельно хранить медицинскую карту.</p> <p>д) первичная медицинская документация (карта, история болезни) должна храниться в медицинском учреждении.</p>	Д)	Кардиология и ССХ
ОПК-2	<p>КАКОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕРНЫМ?</p> <p>а) записи в медицинской документации допустимо делать только в рукописной форме.</p> <p>б) записи в медицинской документации допустимо делать только в машинописной форме.</p> <p>в) записи выполняются строго синими чернилами.</p> <p>г) записи должны быть печатными буквами.</p> <p>д) запись должна быть выполнена разборчиво.</p>	д)	Кардиология и ССХ

ОПК-2	КАКИЕ СВЕДЕНИЯ, СОДЕРЖАЩИЕСЯ В МЕДИЦИНСКОМ ДОКУМЕНТЕ, ОБОСНОВЫВАЮТ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ а) паспортные данные б) специализация врача в) результаты инструментальных исследований г) эпикризы д) дневниковые записи	г)	Кардиология и ССХ
ОПК-2	ЧТО ПОЗВОЛЯЕТ РАСЦЕНИВАТЬ ЗАПИСИ В МЕДИЦИНСКОМ ДОКУМЕНТЕ, КАК ДОСТОВЕРНЫЕ а) сам факт предоставления медицинских документов следствием б) заполнение медицинского документа в лицензированном лечебном учреждении в) соответствие содержания записей доклада лечащего врача г) соответствие содержания записей описанию патологии в медицинской литературе д) соответствие записей диагнозу	г)	Кардиология и ССХ
ОПК-3	К ЛИЧНЫМ ПРАВАМ, ЗАКРЕПЛЕННЫМ В КОНСТИТУЦИИ РФ, ОТНОСЯТСЯ а) право на жизнь б) право участвовать в управлении делами государства в) право на отдых г) право на жилище д) право на охрану здоровья и медицинскую помощь	а)	Правоведение
ОПК-3	К ПОЛНОМОЧИЯМ ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТНОСИТСЯ а) осуществление мер по обеспечению законности б) осуществление управления муниципальной собственностью в) назначение референдума в порядке, установленном федеральным конституционным законом г) назначение на должность Генерального прокурора Российской Федерации д) назначение выборов	б)	Правоведение
ОПК-4	НАИБОЛЬШУЮ ИНФОРМАЦИЮ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ ПАПИЛЛИТЕ ДАЕТ а) экскреторная урография б) ретроградная пиелография в) Томография г) ангиография д) обзорная рентгенограмма почек	б)	Лучевая диагностика
ОПК-4	У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИ БРОНХИТЕ ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ВЫРАЖЕНА БОЛЬШЕ, ЧЕМ ПРИ ПНЕВМОНИИ, ТАК КАК	в)	Лучевая диагностика

	<p>а) бронхит- локализованный процесс  б) бронхит сочетается с пневмонией  в) бронхит у детей раннего возраста всегда имеет диффузное распространение  г) при бронхите поражаются крупные бронхи  д) при бронхите поражаются только мелкие бронхи</p>		
ОПК-4	<p>ПРИЧИНАМИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГИДРОЦЕФАЛИИ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЮТСЯ:  а) опухоль мозга  б) воспалительные процессы  в) врожденные состояния  г) травмы  д) наследственность</p>	в)	Лучевая диагностика
ОПК-4	<p>ПРЕДМЕТ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ СОСТАВЛЯЮТ  а) сведения о состоянии пациента в период его болезни  б) информация о факте обращения за медицинской помощью, состояния здоровья пациента, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении  в) паспортные данные пациента  г) всё вышеперечисленное  д) перечисленное в пунктах а) и б)</p>	г)	Введение в тер спец
ОПК-4	<p>НОРМЫ И ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ ОТНОСЯТСЯ К СФЕРЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ  а) врача и пациента  б) врача и родственников пациента  в) медицинских работников между собой  г) медицинских работников и общества  д) всех вышеперечисленных</p>	д)	Введение в тер спец
ОПК-4	<p>ДЕОНТОЛОГИЯ - НАУКА О ДОЛГЕ ВРАЧА И СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА, КОТОРЫЙ СОСТОИТ В ТОМ, ЧТОБЫ  а) обеспечить наилучшее лечение  б) создать благоприятную обстановку для выздоровления больного  в) установить доверительные отношения: больной - врач, врач - больной, врач - родственники больного, врачи между собой  г) осуществить все перечисленное выше  д) осуществить перечисленное в пунктах б) и в)</p>	г)	Введение в тер спец
ОПК-4	<p>ЕСЛИ БОЛЬНОЙ НАХОДИТСЯ В КРАЙНЕ ТЯЖЕЛОМ СОСТОЯНИИ И СПРАШИВАЕТ О СВОЕМ ПРОГНОЗЕ, ОБУЧАЮЩИЙСЯ ДОЛЖЕН  а) не разговаривать с ним  б) успокоить и ободрить его  в) сказать о его скорой смерти  г) посоветовать спросить у лечащего врача  д) сказать, что больной не должен об этом думать</p>	г)	Введение в тер спец
ОПК-4	<p>БОЛЬНОЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ</p>	б)	Введение в тер



	<p>НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЗАНИМАЕТ ВЫНУЖДЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ</p> <p>а) на здоровом боку  б) ортопноэ  в) коленно-локтевое  г) на больном боку  д) горизонтальное</p>		спец
ОПК-4	<p>ОТСУТСТВИЕ ПОСТУПЛЕНИЯ ЖЕЛЧИ В КИШЕЧНИК ВЕДЕТ К</p> <p>а) потемнению каловых масс  б) появлению дегтеобразных каловых масс  в) появлению слизи в каловых массах  г) появлению гноя в каловых массах  д) обесцвечиванию каловых масс</p>	д)	Введение в тер спец
ОПК-4	<p>ПРЕДМЕТ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ СОСТАВЛЯЮТ</p> <p>а) сведения о состоянии пациента в период его болезни  б) информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья пациента, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении  в) паспортные данные пациента  г) всё вышеперечисленное  д) перечисленное в пунктах а) и б)</p>	г)	Пропедевтика внутренних болезней
ОПК-4	<p>НОРМЫ И ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ ОТНОСЯТСЯ К СФЕРЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ</p> <p>а) врача и пациента  б) врача и родственников пациента  в) медицинских работников между собой  г) медицинских работников и общества  д) всех вышеперечисленных</p>	д)	Пропедевтика внутренних болезней
ОПК-4	<p>ДЕОНТОЛОГИЯ - НАУКА О ДОЛГЕ ВРАЧА И СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА, КОТОРЫЙ СОСТОИТ В ТОМ, ЧТОБЫ</p> <p>а) обеспечить наилучшее лечение  б) создать благоприятную обстановку для выздоровления больного  в) установить доверительные отношения: больной - врач, врач - больной, врач - родственники больного, врачи между собой  г) осуществить все перечисленное выше  д) осуществить перечисленное в пунктах б) и в)</p>	г)	Пропедевтика внутренних болезней
ОПК-4	<p>СОГЛАСНО ПРИКАЗУ МЗ РФ № 562Н ОТ 31. 10. 2012 Г. ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ» СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ МОЖЕТ БЫТЬ ОКАЗАНА:</p> <p>а) сертифицированными детскими хирургами  б) врачами любого профиля  в) опытным младшим медперсоналом</p>	а)	Детская хирургия

	г) опытными фельдшерами д) сертифицированным хирургом		
ОПК-4	СОГЛАСНО ПРИКАЗУ №320 НАБЛЮДЕНИЕ ЗА РЕБЁНКОМ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ С ЦЕЛЬЮ ИСКЛЮЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ДОПУСТИМО ДО: а) 2 часов б) 10 часов в) 7 часов г) 4 часов д) 24 часа	б)	Детская хирургия
ОПК-4	РЕБЕНОК ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ОСМАТРИВАЕТСЯ ХИРУРГОМ В ВОЗРАСТЕ: а) 1,9 месяцев б) 1, 12 месяцев в) 1, 6, 12 месяцев г) 1,3,6,12 месяцев д) плановый осмотр в 12 месяцев	в)	Детская хирургия
ОПК-4	У РЕБЁНКА 10 ЛЕТ НА 4 СУТКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ОТМЕЧАЮТСЯ ЯВЛЕНИЯ РАННЕЙ СПАЕЧНО-ПАРЕТИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ. ВАША ТАКТИКА? а) пассаж, наблюдение б) консервативное лечение, при его эффективности с целью контроля выполнение пассаж бария. в) срочная операция г) операция в плановом порядке д) диагностическая лапароскопия	б)	Детская хирургия
ОПК-4	ДЛЯ КОНТРОЛЯ СОСТОЯНИЯ ПИЩЕВОДА ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ АТРЕЗИИ ПОКАЗАНО: а) Фиброэзофагоскопия б) Рентгенография органов грудной клетки в) Пассаж бария по ЖКТ г) Контроль не показан д) УЗИ	а)	Детская хирургия
ОПК-4	ТАКТИКА ХИРУРГА ПРИ САМОПРОИЗВОЛЬНОМ ВПРАВЛЕНИИ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ СО СРОКОМ УЩЕМЛЕНИЯ 2 ЧАСА: а) наблюдение за состоянием больного в течение нескольких часов б) сразу же выписать в) выписать и рекомендовать амбулаторное наблюдение г) экстренная операция д) в оперативном лечении не нуждается	а)	Детская хирургия
ОПК-4	ЦЕЛЬЮ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПАХОВЫХ И ПАХОВО-МОШОНОЧНЫХ ГРЫЖАХ ЯВЛЯЕТСЯ: а) укрепление передней стенки пахового канала б) пластика задней стенки пахового канала	д)	Детская хирургия

	<p>в) укрепление передней и задней стенок пахового канала</p> <p>г) лечение консервативное</p> <p>д) удаление грыжевого мешка</p>		
ОПК-4	<p>ВО ВРЕМЯ АППЕНДИКТОМИИ ПО ПОВОДУ ФЛЕГМОНОЗНОГО АППЕНДИЦИТА (ВЫПОТ ГНОЙНЫЙ) СЛУЧАЙНО ОБНАРУЖЕН НЕ ИЗМЕНЁННЫЙ МЕККЕЛЕВ ДИВЕРТИКУЛ. ВАША ТАКТИКА В ОТНОШЕНИИ ДИВЕРТИКУЛА?</p> <p>а) удаление дивертикула</p> <p>б) резекция кишки</p> <p>в) удаление дивертикула с резекцией кишки с формированием кишечной стомы</p> <p>г) удаление дивертикула с резекцией кишки</p> <p>д) дивертикул не удаляется</p>	д)	Детская хирургия
ОПК-4	<p>ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО РАСПРАВЛЕНИЯ ИНВАГИНАЦИИ КИШКИ НЕОБХОДИМО:</p> <p>а) Пассаж бария по ЖКТ</p> <p>б) Динамическое наблюдение.</p> <p>в) УЗИ органов брюшной полости</p> <p>г) Обзорная рентгенография</p> <p>д) амбулаторное наблюдение детского хирурга без выполнения инструментальных исследований</p>	а)	Детская хирургия
ОПК-4	<p>ЕСЛИ У РЕБЁНКА 2 ЛЕТ, НАПРАВЛЕННОГО НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ С ДИАГНОЗОМ ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ, ПРИ ОСМОТРЕ В ПРИЁМНОМ ПОКОЕ УБЕДИТЕЛЬНЫХ ДАННЫХ ЗА АППЕНДИЦИТ НЕ НАХОДЯТ, ТО СЛЕДУЕТ</p> <p>а) Госпитализировать</p> <p>б) отпустить домой, рекомендуя повторный осмотр в случае повторения болей в животе</p> <p>в) отпустить домой под наблюдение хирурга поликлиники</p> <p>г) отпустить его домой</p> <p>д) диагностическая лапароскопия</p>	а)	Детская хирургия
ОПК-4	<p>У БОЛЬНОГО ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ПРИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПУНКЦИИ КОСТИ ПОЛУЧЕНА КРОВЬ. ВАША СЛЕДУЮЩАЯ МАНИПУЛЯЦИЯ?</p> <p>а) Дополнительная остеоперфорация</p> <p>б) измерение внутрикостного давления</p> <p>в) промывание костно-мозгового канала</p> <p>г) дополнительная остеоперфорация</p> <p>д) диагноз снимается</p>	б)	Детская хирургия
ОПК-4	<p>САМОЙ ТОНКОЙ СТЕНКОЙ ОРБИТЫ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) наружная стенка</p> <p>б) верхняя стенка</p> <p>в) внутренняя стенка</p> <p>г) нижняя стенка</p>	в)	Офтальмология

	д) область верхушки орбиты		
ОПК-4	<p>ЧЕРЕЗ ВЕРХНЮЮ ГЛАЗНИЧНУЮ ЩЕЛЬ ПРОХОДЯТ</p> <p>а) глазничный нерв;  б) глазодвигательные нервы;  в) основной венозный коллектор глазницы  г) глазодвигательные нервы и основной венозный коллектор глазницы  д) глазодвигательные нервы, верхняя глазничная вена, глазничный нерв</p>	д)	Офтальмология
ОПК-4	<p>КАНАЛ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА СЛУЖИТ ДЛЯ ПРОХОЖДЕНИЯ</p> <p>а) зрительного нерва  б) глазничного нерва  в) глазничной артерии  г) зрительного нерва, глазничной артерии  д) глазничного нерва, глазничной артерии</p>	г)	Офтальмология
ОПК-4	<p>4. ПЕРИКОРНЕАЛЬНАЯ ИНЪЕКЦИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ</p> <p>а) о конъюнктивите  б) о повышенном внутриглазном давлении  в) о воспалении сосудистого тракта  г) о воспалении сетчатки  д) о хориоретините</p>	в)	Офтальмология
ОПК-4	<p>5.ПОД ДИНАМИЧЕСКОЙ РЕФРАКЦИЕЙ ПОНИМАЮТ</p> <p>а) преломляющую силу оптической системы глаза относительно сетчатки при действующей аккомодации б) преломляющую силу роговицы в) преломляющую силу камерной влаги г) радиус кривизны роговицы д) радиус кривизны хрусталика</p>	а)	Офтальмология
ОПК-4	<p>НАПРАВЛЕНИЕ НА КОНСУЛЬТАЦИЮ К ФТИЗИАТРУ ПАЦИЕНТА СТАРШЕ 18 ЛЕТ ОБЯЗАТЕЛЬНО ДОЛЖНО СОДЕРЖАТЬ СВЕДЕНИЯ</p> <p>а) о результатах иммунодиагностики за последний год  б) о результатах иммунодиагностики за последние 3 года  в) о результатах микроскопии мазка мокроты, данные рентгенологического и клинического обследования  г) о прививках БЦЖ  д) данные аускультации пациента</p>	в)	Фтизиатрия
ОПК-4	<p>ПОЛНЫЙ ИНТЕРВАЛ ЧАСТОТ ЗВУКОВЫХ ВОЛН, ВОСПРИНИМАЕМЫХ ЧЕЛОВЕЧЕСКИМ УХОМ</p> <p>а) 10-2200 Гц;  б) 18-500 Гц;  в) 400-20000 Гц;  г) 16-20000 Гц;  д) 5- 160 Гц</p>	г)	Физическе основы методов диагностики

ОПК-4	<p>В НОРМЕ ИНТЕНСИВНОСТЬ ЗВУКА НА ПОРОГЕ СЛЫШИМОСТИ ПРИ ЧАСТОТЕ 1кГц РАВНА</p> <p>а) 10-12Вт/м<sup>2</sup>  б) 2 .10-5Па  в) 10 Вт/м<sup>2</sup>  г) 60 Па  д) 1012Вт/м<sup>2</sup></p>	а)	Физичесике основы методов диагностики
ОПК-4	<p>МЕХАНИЧЕСКИЕ ВОЗМУЩЕНИЯ, РАСПРОСТРАНЯЮЩИЕСЯ В ПРОСТРАНСТВЕ И НЕСУЩИЕ ЭНЕРГИЮ, НАЗЫВАЮТ</p> <p>а) волной  б) колебанием  в) механической волной  г) звуком  д) стоячей волной</p>	в)	Физичесике основы методов диагностики
ОПК-4	<p>ЕДИНИЦА ИНТЕНСИВНОСТИ ВОЛНЫ</p> <p>а) Вт  б) Вт/м<sup>2</sup>  в) Дж  г) Дж/м<sup>2</sup></p>	б)	Физичесике основы методов диагностики
ОПК-4	<p>ХАРАКТЕР ТЕЧЕНИЯ ЖИДКОСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ</p> <p>а) уравнением Ньютона  б) числом Рейнольдса  в) формулой Пуазейля  г) законом Стокса  д) постоянной Планка</p>	б)	Физичесике основы методов диагностики
ОПК-4	<p>АКТИВНЫЙ ТРАНСПОРТ ИОНОВ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЁТ</p> <p>а) энергии гидролиза макроэргических связей АТФ  б) процессов диффузии ионов через мембраны  в) переноса ионов через мембрану с участием молекул – переносчиков  г) латеральной диффузии молекул в мембране  д) электродиффузии ионов</p>	а)	Физичесике основы методов диагностики
ОПК-4	<p>ЛАТЕРАЛЬНОЙ ДИФФУЗИЕЙ МОЛЕКУЛ В МЕМБРАНАХ НАЗЫВАЕТСЯ</p> <p>а) вращательное движение молекул  б) перескок молекул поперек мембраны – из одного монослоя в другой  в) перемещение молекул вдоль плоскости мембраны  г) активный транспорт молекул через мембрану  д) пассивный транспорт молекул через мембрану</p>	б)	Физичесике основы методов диагностики
ОПК-4	<p>ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ МЕТОД, ОСНОВАННЫЙ НА ДЕЙСТВИИ ПОСТОЯННОГО ТОКА</p> <p>а) УВЧ-терапия  б) гальванизация  в) индуктотермия  г) электрофорез</p>	б)	Физичесике основы методов диагностики

	д) диатермия		
ОПК-4	ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ МЕТОД, В КОТОРОМ ВОЗДЕЙСТВУЮЩИМ НА ЧЕЛОВЕКА ФАКТОРОМ ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРЕМЕННОЕ ВЫСОКОЧАСТОТНОЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЕ ПОЛЕ НАЗЫВАЕТСЯ а) методом индуктотермии б) методом УВЧ – терапии в) методом диатермии г) методом гальванизации д) методом дарсонвализации	в)	Физичесике основы методов диагностики
ОПК-4	ФОКУСНОЕ РАССТОЯНИЕ ЛИНЗЫ 20 СМ, ЕЕ ОПТИЧЕСКАЯ СИЛА РАВНА а) 0,05 дптр б) 0,2 дптр в) 5 дптр г) 2дптр д) 20 дптр	в)	Физичесике основы методов диагностики
ОПК-4	ИНТЕРФЕРОНЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ а) диагностики инфекционных заболеваний б) коррекции кишечной микрофлоры в) специфической профилактики бактериальных инфекций г) лечения вирусных заболеваний д) фаготипирования штаммов	г)	Микробиология
ОПК-4	ГОНОКОККОВАЯ ВАКЦИНА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ а) специфической профилактики гонореи б) лечения хронических форм гонореи в) серологической диагностики гонореи г) лечения острых форм гонореи д) аллергодиагностики	б)	Микробиология
ОПК-4	В СОСТАВ ПРОБИОТИКОВ ВХОДЯТ а) представители нормофлоры б) вакцинные штаммы в) бактериофаги г) аллергены д) иммуноглобулины	а)	Микробиология
ОПК-4	ВАКЦИНА БЦЖ ИЗГОТОВЛЕНА НА ОСНОВЕ а) ослабленной культуры M.tuberculosis б) ослабленной культуры M.bovis в) убитой культуры M.africanum г) убитой культуры M.tuberculosis д) ослабленной культуры M.kansasii	б)	Микробиология
ОПК-4	ПОЛНЫЙ КУРС ИММУНИЗАЦИИ ПРОТИВ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В ПО КАЛЕНДАРЮ ПРИВИВОК ВКЛЮЧАЕТ а) 1 вакцинацию б) 2 вакцинации в) 3 вакцинации г) 4 вакцинации д) 6 вакцинаций	в)	Микробиология
ОПК-4	АНТИТОКСИЧЕСКИЕ СЫВОРОТКИ	в)	Микробиология

	СОДЕРЖАТ а) анатоксины б) токсины бактерий в) антитела против токсинов г) анафилотоксины д) антитела против бактерий		
ОПК-4	ДЛЯ КОЖНО-АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ПРОБЫ МАНТУ ПРИМЕНЯЮТ а) туберкулин б) тулярин в) актинолизат г) бруцеллин д) дизентерин	а)	Микробиология
ОПК-4	СПОРЫ БАКТЕРИЙ ВЫЯВЛЯЮТ В МАЗКАХ, ОКРАШЕННЫХ ПО МЕТОДУ а) Грама б) Ожешко в) Бурри-Гинса г) Нейссера д) Романовского -Гимзе	б)	Микробиология
ОПК-4	СПОСОБНОСТЬ МИКРОБОВ ПРОДУЦИРОВАТЬ ЛЕЦИТИНАЗУ ИЗУЧАЮТ НА СРЕДЕ а) желточно-солевом агаре б) кровяном мясо-пептонноагаре в) Эндо г) сахарном бульоне д) Вильсона-Блера	а)	Микробиология
ОПК-4	МИКОБАКТЕРИИ ПЛОХО ОКРАШИВАЮТСЯ АНИЛИНОВЫМИ КРАСИТЕЛЯМИ В СВЯЗИ С ВЫСОКИМ СОДЕРЖАНИЕМ В КЛЕТОЧНОЙ СТЕНКЕ а) тейхоевых кислот б) липидов в) пептидогликана г) липополисахаридов д) гликопептидов	б)	Микробиология
ОПК-4	ОКРАСКУ ПО ГРАМУ ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ а) спор б) капсул в) включений г) клеточной стенки д) жгутиков	г)	Микробиология
ОПК-4	РЕАКЦИЮ ГЕМАДСОРБЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ а) индикации вирусов в курином эмбрионе б) индикации вирусов в культуре клеток в) идентификации вирусов г) серодиагностики вирусных инфекций д) определения титра антител	б)	Микробиология
ОПК-4	ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОДТИПА ВИРУСА ГРИППА А ПРОВОДЯТ В а) реакции торможения гемагглютинации б) реакции связывания комплемента	а)	Микробиология

	<p>в) преципитации  г) иммуноблоттинга  д) реакции непрямой гемагглютинации</p>		
ОПК-4	<p>ДЛЯ СЕРОДИАГНОСТИКИ ГЕПАТИТА А ИСПОЛЬЗУЕТСЯ</p> <p>а) реакция агглютинации  б) реакция преципитации  в) реакция иммунофлюоресценции  г) радиоиммунный анализ  д) иммуноферментный анализ</p>	д)	Микробиология
ОПК-4	<p>У БОЛЬНОГО ПРИСТУПООБРАЗНЫЕ БОЛИ В ЗОНЕ ИННЕРВАЦИИ НИЖНЕЙ ВЕТВИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА СЛЕВА. ПРИ ОТКРЫВАНИИ РТА НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ УХОДИТ ВЛЕВО. ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПОРАЖЕНИЯ</p> <p>а) Гассеров узел слева  б) Нижняя ветвь тройничного нерва слева  в) Ядро спинно-мозгового тракта слева  г) Языкоглоточный нерв  д) Лицевой нерв слева</p>	б)	ПП диагностика заболеваний нервной системы
ОПК-4	<p>НА ФОНЕ РЕЗКИХ БОЛЕЙ В ЗОНЕ ИННЕРВАЦИИ 1 ВЕТВИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА СЛЕВА ПОЯВИЛИСЬ ГЕРПЕТИЧЕСКИЕ ВЫСЫПАНИЯ В ОБЛАСТИ ЛБА И ГЛАЗА СЛЕВА. ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПОРАЖЕНИЯ</p> <p>а) Поражение лицевого нерва  б) Ганглионит левого Гассерова узла  в) Поражение левого ядра спинно-мозгового тракта  г) Поражение левого зрительного бугра  д) Поражение внутренней капсулы справа</p>	б)	ПП диагностика заболеваний нервной системы
ОПК-4	<p>ДЛЯ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ХАРАКТЕРНО</p> <p>а) периферический парез лицевой мускулатуры  б) наличие триггерных болевых зон на лице  в) снижение вкуса на задней трети языка  г) нарушение глотания  д) боль в нижней челюсти</p>	б)	ПП диагностика заболеваний нервной системы
ОПК-4	<p>У БОЛЬНОГО СТОПА СВИСАЕТ И ПОВЕРНУТА ВНУТРЬ. НЕВОЗМОЖНО ТЫЛЬНОЕ СГИБАНИЕ И ОТВЕДЕНИЕ СТОПЫ. АНЕСТЕЗИЯ НА НАРУЖНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ГОЛЕНИ И ТЫЛЕ СТОПЫ. ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПОРАЖЕНИЯ</p> <p>а) Бедренный нерв  б) Крестцовое сплетение  в) Корешки L3-L4 слева  г) Большеберцовый нерв  д) Малоберцовый нерв</p>	д)	ПП диагностика заболеваний нервной системы
ОПК-4	<p>ПАЦИЕНТ НЕ ОЩУЩАЕТ БОЛЕВОГО И ТЕМПЕРАТУРНОГО РАЗДРАЖЕНИЯ НА ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЕ ЛИЦА, ТАКТИЛЬНАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ В ЭТОЙ ОБЛАСТИ НЕ</p>	в)	ПП диагностика заболеваний нервной системы



	<p>НАРУШЕНА. ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПОРАЖЕНИЯ</p> <p>а) Поражение лицевого нерва  б) Ганглионит левого Гассерова узла  в) Поражение левого ядра спинно-мозгового тракта  г) Поражение левого зрительного бугра  д) Поражение тройничного нерва слева</p>		
ОПК-4	<p>ВОЗНИКНОВЕНИЕ БОЛИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ</p> <p>а) передних рогов  б) задних корешков  в) передних корешков  г) заднего бедра внутренней капсулы  д) мозжечка</p>	б)	ПП диагностика заболеваний нервной системы
ОПК-4	<p>БОЛЬНОГО БЕСПОКОЯТ БОЛИ В ПОЯСНИЦЕ И ЛЕВОЙ НОГЕ. ГИПОТОНИЯ И ГИПОТРОФИЯ МЫШЦ МЕДИАЛЬНОЙ ГРУППЫ БЕДРА И ГОЛЕНИ. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ НЕРИ И ЛАСЕГА СЛЕВА. ГИПЕСТЕЗИЯ НА МЕДИАЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ БЕДРА И ГОЛЕНИ. СНИЖЕН КОЛЕННЫЙ РЕФЛЕКС СЛЕВА. ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПОРАЖЕНИЯ</p> <p>а) Поражение бедренного нерва.  б) Поражение левого крестцового сплетения.  в) Поражение корешков L3-L4 слева.  г) Поражение большеберцового нерва.  д) Поражение малоберцового нерва.</p>	в)	ПП диагностика заболеваний нервной системы
ОПК-4	<p>У БОЛЬНОГО СТОПА ОТВЕДЕНА КНАРУЖИ. ЗАТРУДНЕНО ПОДОШВЕННОЕ СГИБАНИЕ И ПРИВЕДЕНИЕ СТОПЫ. ГИПЕСТЕЗИЯ НА ПОДОШВЕ, И НАРУЖНОМ КРАЕ СТОПЫ, НЕ ВЫЗЫВАЕТСЯ АХИЛЛОВ РЕФЛЕКС. СУХИЕ КОЖНЫЕ ЯЗВЫ В ОБЛАСТИ ПЯТКИ. ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПОРАЖЕНИЯ</p> <p>а) Поражение бедренного нерва  б) Поражение крестцового сплетения  в) Поражение корешков L3-L4 слева  г) Поражение большеберцового нерва  д) Поражение малоберцового нерва</p>	г)	ПП диагностика заболеваний нервной системы
ОПК-4	<p>У БОЛЬНОГО ЗАТРУДНЕНЫ РАЗГИБАНИЕ И ОТВЕДЕНИЕ БЕДРА И СГИБАНИЕ ГОЛЕНИ, НЕВОЗМОЖНО ДВИЖЕНИЕ СТОПЫ И ПАЛЬЦЕВ. АНЕСТЕЗИЯ НА СТОПЕ И ГОЛЕНИ ТОЙ ЖЕ СТОРОНЫ. БОЛИ ПО ЗАДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ БЕДРА И ГОЛЕНИ. АХИЛЛОВ РЕФЛЕКС НЕ ВЫЗЫВАЕТСЯ. ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПОРАЖЕНИЯ</p> <p>а) Поражение бедренного нерва.  б) Поражение крестцового сплетения.  в) Поражение корешков L3-L4 слева.  г) Поражение большеберцового нерва.  д) Поражение малоберцового нерва</p>	б)	ПП диагностика заболеваний нервной системы
ОПК-4	<p>ДЛЯ ПОЛИНЕВРИТА ХАРАКТЕРНО</p>	в)	ПП диагностика

	<p>а) спастический тетрапарез  б) проводниковые нарушения чувствительности  в) снижение чувствительности в дистальных отделах конечностей  г) сегментарные расстройства чувствительности  д) гипертонус мышц</p>		заболеваний нервной системы
ОПК-4	<p>НАИМЕНЕЕ ИНФОРМАТИВНО ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ВНУТРЕННИХ ГРЫЖ ЖИВОТА</p> <p>а) осмотр больного  б) сбор анамнеза  в) рентгенологическое обследование желудочно-кишечного тракта  г) лапароскопия  д) УЗИ брюшной полости</p>	а)	ПП по неотложным медицинским манипуляциям пациентам хирургического профиля
ОПК-4	<p>НАИЛУЧШИМ МЕТОДОМ, ОБЛЕГЧАЮЩИМ ДИФФЕРЕНЦИРОВКУ ПАХОВО-МОШОНОЧНОЙ ГРЫЖИ И ВОДЯНКИ ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА, ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) трансиллюминация и УЗИ  б) пункция  в) пальпация  г) экстренная операция  д) аускультация</p>	а)	ПП по неотложным медицинским манипуляциям пациентам хирургического профиля
ОПК-4	<p>ПАРАЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ ГРЫЖА ОПАСНА, ПРЕЖДЕ ВСЕГО</p> <p>а) развитием язвенной болезни желудка  б) развитием злокачественного новообразования желудка  в) малигнизацией пищевода  г) появлением варикозно расширенных вен пищевода  д) ущемлением желудка</p>	д)	ПП по неотложным медицинским манипуляциям пациентам хирургического профиля
ОПК-4	<p>ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ПИЩЕВОДНОЙ И ПАРАЭЗОФАГЕАЛЬНЫХ ГРЫЖ ИСПОЛЬЗУЮТ</p> <p>а) рентгеноскопию желудка  б) ФГДС  в) жалобы больных  г) анамнез заболевания  д) все перечисленное</p>	д)	ПП по неотложным медицинским манипуляциям пациентам хирургического профиля
ОПК-4	<p>БОЛЬНОМУ С ГРЫЖЕЙ БЕЛОЙ ЛИНИИ ЖИВОТА ПЕРЕД ОПЕРАЦИЕЙ СЛЕДУЕТ ПРОИЗВЕСТИ РЕНТГЕНОСКОПИЮ ЖЕЛУДКА ДЛЯ</p> <p>а) определения характера органа в грыжевом мешке;  б) выявления размеров грыжевых ворот;  в) дифференциации с предбрюшинной липомой;  г) выявления сопутствующей патологии желудка.  д) исключения аномалии развития</p>	г)	ПП по неотложным медицинским манипуляциям пациентам хирургического профиля
ОПК-4	<p>ДЛИНА АНАЛЬНОГО КАНАЛА СООТВЕТСТВУЕТ:</p>	в)	Оперативная хирургия

	<ul style="list-style-type: none"> <li>а) 1-2 см</li> <li>б) 2-3 см</li> <li>в) 3-4 см</li> <li>г) 4-5 см</li> <li>д) 5-6 см</li> </ul>		
ОПК-4	<p>КАК НАЗЫВАЕТСЯ ГНОЙНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ВСЕХ ТКАНЕЙ ПАЛЬЦА?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) панариций</li> <li>б) подкожный панариций</li> <li>в) тендовагинит</li> <li>г) пандактилит</li> <li>д) эризепеллоид</li> </ul>	г)	Оперативная хирургия
ОПК-4	<p>ГЕРМЕТИЧНОСТЬ КИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА ОБЕСПЕЧИВАЕТ НАЛОЖЕНИЕ ШВОВ НА:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) серозно-мышечный футляр</li> <li>б) слизисто-подслизистый футляр</li> <li>в) серозно-серозный</li> <li>г) слизисто-слизистый</li> <li>д) всё неверно</li> </ul>	а)	Оперативная хирургия
ОПК-4	<p>КАНАЛ ГУБОВИДНОГО СВИЩА ВЫСТЛАН ОБОЛОЧКОЙ ПОЛОГО ОРГАНА:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) серозной</li> <li>б) мышечной</li> <li>в) слизистой</li> <li>г) подслизистой</li> <li>д) ни одной из указанных оболочек</li> </ul>	в)	Оперативная хирургия
ОПК-4	<p>НАИБОЛЕЕ РАДИКАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ТРОМБОЗА ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ:,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) Склеротерапию.</li> <li>б) Пресакральную новокаиновую блокаду.</li> <li>в) Антикоагулянты.</li> <li>г) Оперативное вмешательство.</li> <li>д) Применение холода.</li> </ul>	г)	Оперативная хирургия
ОПК-4	<p>УКАЖИТЕ, ГДЕ ПРОИЗВОДЯТ ВКОЛ ИГЛЫ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ШЕЙНОЙ ВАГОСИМПАТИЧЕСКОЙ БЛОКАДЫ ПО А.В. ВИШНЕВСКОМУ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) между ножками musculussternocleidomastoideus</li> <li>б) в углу, образованном ключицей и краем musculussternocleidomastoideus</li> <li>в) в области яремной вырезки грудины</li> <li>г) на 3 см выше середины ключицы</li> <li>д) по середине заднего края musculussternocleidomastoideus</li> </ul>	д)	Оперативная хирургия
ОПК-4	<p>ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ И ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ВЫПОЛНЯЮТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) на органах брюшной и грудной полости,</li> <li>б) на мочевыводящих путях и желчевыводящих</li> </ul>	г)	Оперативная хирургия

	<p>путях,  в) на суставах,  г) всё верно,  д) всё неверно</p>		
ОПК-4	<p>ДЛЯ ФИКСАЦИИ ТКАНЕЙ И РАСШИРЕНИЯ  РАН ПРИМЕНЯЮТ:  а) зажим Кохера,  б) желобоватый зонд,  в) молоток,  г) долото,  д) пинцеты, крючки и зеркала</p>	д)	Оперативная хирургия
ОПК-4	<p>КАКАЯ АНЕСТЕЗИЯ ЧАЩЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ  ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ПАЛЬЦАХ?  а) инфильтрационная  б) проводниковая  в) футлярная  г) поверхностная (хлорэтилом)  д) в/в наркоз</p>	б)	Оперативная хирургия
ОПК-4	<p>КАК НАЗЫВАЕТСЯ ПЕРВЫЙ ЭТАП ОПЕРАЦИИ  ПО РЕПЛАНТАЦИИ КОНЕЧНОСТИ?  а) восстановление сосудов и нервов  б) остеосинтез  в) первичная хирургическая обработка  г) восстановление мышц  д) восстановление сухожилий</p>	а)	Оперативная хирургия
ОПК-4	<p>ЧТО ТАКОЕ АРТРОДЕЗ?  а) удаление сустава  б) удаление части сустава  в) обездвиживание сустава  г) восстановление подвижности сустава  д) всё неверно</p>	в)	Оперативная хирургия
ОПК-4	<p>СИМПТОМ «АМПУТАЦИИ» КОРНЕЙ ЛЕГКИХ  МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ  а) стенозе устья аорты  б) недостаточности аортального клапана  в) митральном стенозе с высокой легочной гипертензией  г) коарктации аорты  д) остром бронхите</p>	в)	Лучевая диагностика
ОПК-4	<p>ВЕДУЩИМ ПРИЗНАКОМ ФЕНОМЕНА  АРТЮСА ЯВЛЯЕТСЯ  а) повреждение сосудистой стенки  б) разрыхление эпидермиса  в) спазм гладкой мускулатуры  г) разрушение эритроцитов  д) спазм бронхов</p>	а)	Иммунология
ОПК-4	<p>СИМПТОМЫ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА  а) падение АД, коллапс.  б) повышение АД.  в) сонливость или возбуждение.  г) дизурия, диарея.  д) рвота с кровью.</p>	а)	Иммунология

ОПК-4	АЛЛЕРГИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ IV ТИПА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ: а) пищевой аллергии б) системной красной волчанки в) аллергический контактный дерматит г) лекарственной аллергии д) аллергического альвеолита	в)	Иммунология
ОПК-4	ГАПТЕНЫ ЭТО а) искусственные антигены б) белок-носитель в) все аллергены г) низкомолекулярные химические соединения, которые приобретают свойство полного антигена после соединения с белками организма анафилаксия д) антигены с большой молекулярной массой	г)	Иммунология
ОПК-4	ОСНОВНОЙ СИМПТОМ (ПЕРВИЧНЫЙ КОЖНЫЙ ЭЛЕМЕНТ) КРАПИВНИЦЫ а) узелок б) волдырь в) фликтена г) гнойничок д) пятно	д)	Иммунология
ОПК-4	ХРОНИЧЕСКАЯ ФОРМА ЭКЗОГЕННОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО АЛЬВЕОЛИТА МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ а) после массивного контакта, при выраженной концентрации антигена б) если воздействие антигена продолжается после массивного контакта с ним в) после длительного и повторного воздействия небольших доз антигена г) после первичного контакта с аллергеном д) без контакта с аллергенами	в)	Иммунология
ОПК-4	ДЛЯ ДИАГНОЗА АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ I-ГО ТИПА НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЮТ а) эозинофилия крови б) повышенный уровень циркулирующих иммунных комплексов в) повышенное количество гистамина в моче г) высокий уровень иммуноглобулина Е в сыворотке крови д) высокий уровень Т-супрессоров	в)	Иммунология
ОПК-4	ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ а) недостаточность кровообращения IIБ стадии б) диабет в) гастрит вне обострения г) единичные экстрасистолы д) АВ блокада I степени	а)	Кардиология и ССХ

ОПК-4	ВОЗМОЖНОЙ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ ПРИ СУЖЕНИИ ТОЛЬКО ПРОСВЕТА КРУПНОЙ ВЕТВИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ЯВЛЯЕТСЯ а) Дилатационная кардиомиопатия, хронический миокардит. б) Гипертрофическая кардиомиопатия; в) Стеноз устья аорты; г) Проллапс митрального клапана; д) Атеросклеротическое сужение огибающей коронарной артерии на 70%.	д)	Кардиология и ССХ
ОПК-4	СТЕНОКАРДИЯ НАПРЯЖЕНИЯ I ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ КЛАСС (КАНАДСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ): а) Приступы возникают рано утром при вставании; б) Приступ возникает при очень быстрой ходьбе, беге; в) Приступ возникает при ускоренной ходьбе, подъеме по лестнице после еды, в холодную погоду или эмоциональном стрессе; г) Нагрузка на велоэргометре 80 w вызывает стенокардию; д) Приступ возникает при ходьбе на расстояние 100 - 200 м или подъеме по лестнице в обычном темпе.	б)	Кардиология и ССХ
ОПК-4	ПРИ СЛУЧАЙНОМ ВЫЯВЛЕНИИ ПОВЫШЕНИЯ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА У ЗДОРОВОГО МУЖЧИНЫ 20 ЛЕТ СЛЕДУЕТ: а) Оценить липидограмму и разработать индивидуальный план профилактики б) Обследовать кровных родственников в) Действий не требуется так как пациент молодого возраста г) Показана коронарография	а)	Кардиология и ССХ
ОПК-4	ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ КАРДИОСТИМУЛЯЦИИ: а) мерцание предсердий б) полная атрио-вентрикулярная блокада в) атрио-вентрикулярная блокада 1 степени г) желудочковая экстрасистолия д) синусовая брадикардия менее 50 в минуту	б)	Кардиология и ССХ
ОПК-4	АЛТЕПАЗА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ: а) Вводится в дозе 100 мг б) Вводится в дозе 300 мг в) Не применяется г) вводится дробно д) вводится в дозе 1000 мг	а)	Кардиология и ССХ
ОПК-4	УКАЖИТЕ ПРЕПАРАТ «ПЕРВОЙ» ЛИНИИ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА: а) Амиодарон б) Лидокаин	б)	Кардиология и ССХ

	<p>в) Хинидин г) Верапамил д) Дилтиазем</p>		
ОПК-4	<p>К ПРИЗНАКАМ «ЭФФЕКТИВНОЙ» ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ:</p> <p>а) «Реперфузионные» аритмии б) Снижение к изолинии элевации сегмента ST на 50% и более от исходного уровня в) Увеличение депрессии сегмента ST в «реципрокных» отведениях г) Прекращение ангинозной боли д) Ускоренная динамика формирования подострого периода Q-образующего инфаркта миокарда</p>	в)	Кардиология и ССХ
ОПК-4	<p>ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА ПРИ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЕ 12 П. КИШКИ С ЯВЛЕНИЯМИ ПЕРИТОНИТА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) ушивание перфоративного отверстия б) резекция желудка в) иссечение язвы г) ушивание перфоративного отверстия и ваготомия д) гастрэктомия</p>	а)	ПП Неотложные медицинские манипуляции пациентам хирургического профиля
ОПК-4	<p>ПРИ ГАНГРЕНЕ, ПОРАЖАЮЩЕЙ ОДНУ ИЗ ДОЛЕЙ ЛЕГКОГО, РЕКОМЕНДУЕТСЯ</p> <p>а) ежедневная санация бронхиального дерева через бронхоскоп б) введение антибиотиков в легочную артерию в) лобэктомия г) интенсивная терапия с эндобронхиальным введением антибиотиков д) комплексная терапия, включающая все названные выше консервативные методы лечения</p>	в)	ПП Неотложные медицинские манипуляции пациентам хирургического профиля
ОПК-4	<p>В СЛУЧАЕ ЖЕЛЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЭКСТРЕННАЯ ОПЕРАЦИЯ ПОКАЗАНА ПРИ</p> <p>а) окклюзии пузырного протока б) холецисто-панкреатите в) перфоративном холецистите г) механической желтухе д) печеночной колике</p>	д)	ПП Неотложные медицинские манипуляции пациентам хирургического профиля
ОПК-4	<p>ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА ОБНАРУЖЕН ВЫПОТ С ПРИМЕСЬЮ ЖЕЛЧИ, ЖЕЛЧНОЕ ПРОПИТЫВАНИЕ ГЕПАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ СВЯЗКИ И ШЕЙКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ, ПРИЧИНА ЭТИХ ИЗМЕНЕНИЙ:</p> <p>а) деструктивный холецистит б) ферментаривный холецистит в) деструктивный панкреатит г) перфорация пилорoduodenальной язвы д) гнойный холангит</p>	б)	ПП Неотложные медицинские манипуляции пациентам хирургического профиля
ОПК-4	<p>ЧАСТИЧНОЕ УДАЛЕНИЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ</p>	г)	ПП Неотложные

	<p>С ЭЛЕКТРОКОАГУЛЯЦИЕЙ ОСТАВШЕЙСЯ СЛИЗИСТОЙ ПОКАЗАНО ПРИ:</p> <p>а) гангренозном холецистите  б) перевезикальномасбцессе  в) синдроме Мириззи  г) плотном паравезикальном инфильтрате  д) атипичном расположении желчных протоков</p>		<p>медицинские манипуляции пациентам хирургического профиля</p>
ОПК-4	<p>КРАЕВАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПЕЧЕНИ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ПРИ:</p> <p>а) повреждении элементов глиссоновой триады  б) повреждении нижней полой вены  в) огнестрельных и других краевых повреждениях печени  г) подкапсульных разрывах печени  д) отрыве сегмента печени</p>	г)	<p>ПП Неотложные медицинские манипуляции пациентам хирургического профиля</p>
ОПК-4	<p>ПРИ РАНЕНИИ ЖЕЛУДКА ВЫПОЛНЯЕТСЯ:</p> <p>а) ваготомиа+ушивание ран  б) ушивание ран желудка  в) резекция желудка  г) гастроэнтероанастомоз+ушивание ран  д) пилоропластика+ушивание ран</p>	г)	<p>ПП Неотложные медицинские манипуляции пациентам хирургического профиля</p>
ОПК-4	<p>В ПРИЕМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ БОЛЬНИЦЫ ОБРАТИЛСЯ БОЛЬНОЙ БЕЗ НАПРАВИТЕЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ, ВНЕЗАПНО ПОЧУВСТВОВАВ СЕБЯ ПЛОХО. КАКОЙ БУДЕТ ВАША ТАКТИКА:</p> <p>а) осмотреть больного, оказать ему необходимую медицинскую помощь и решить вопрос о тактике дальнейшего лечения;  б) вызвать машину скорой помощи;  в) послать больного за направительными медицинскими документами.  г) осмотреть больного и вызвать наряд милиции  д) рекомендовать обратиться в дежурное ЛПУ</p>	а)	<p>ПП ПММП</p>
ОПК-4	<p>У БОЛЬНОГО, НАПРАВЛЕННОГО НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ, В ПРИЕМНОМ ОТДЕЛЕНИИ ОБНАРУЖЕНЫ ПЛАТЯНЫЕ ВШИ. ВАШИ ДЕЙСТВИЯ</p> <p>а) отказать больному в госпитализации;  б) провести повторное мытье больного с мылом в ванне, отправить одежду и белье больного в дезинсекционную камеру;  в) провести санитарную обработку, включающую стрижку волос головы, смазывание волос смесью керосина с подсолнечным маслом с последующим мытьем головы с применением горячего 10% раствора столового уксуса.  г) организовать транспорт пациента в дерматовенерологический стационар  д) изолировать пациента, вызвать эпидемиолога</p>	в)	<p>ПП ПММП</p>
ОПК-4	<p>В ПРИЕМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ПОСТУПИЛ</p>	в)	<p>ПП ПММП</p>



	<p>БОЛЬНОЙ С ЖАЛОБАМИ НА БОЛИ В ЖИВОТЕ. ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЕ. МОЖНО ЛИ ЕМУ ПРИНЯТЬ ГИГИЕНИЧЕСКУЮ ВАННУ:</p> <p>а) можно;  б) нельзя;  в) можно после исключения острого хирургического заболевания.  г) можно, после оформления письменного согласия пациента  д) приемное отделение не предусматривает выполнение гигиенических процедур</p>		
ОПК-4	<p>В ПРИЕМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ДОСТАВЛЕН БОЛЬНОЙ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ (3 ЧАСА НАЗАД БЫЛА РВОТА СОДЕРЖИМЫМ ТИПА "КОФЕЙНОЙ ГУЩИ"). ЧУВСТВУЕТ СЕБЯ СУБЪЕКТИВНО УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО, МОЖЕТ ПЕРЕДВИГАТЬСЯ САМОСТОЯТЕЛЬНО. КАКОЙ ДОЛЖНА БЫТЬ ТРАНСПОРТИРОВКА БОЛЬНОГО В ОТДЕЛЕНИЕ:</p> <p>а) пешком, в сопровождении медицинской сестры;  б) в кресле-каталке;  в) только на каталке.  г) в зависимости от пожеланий пациента  д) пешком, без сопровождения</p>	б)	ПП ПММП
ОПК-4	<p>ЧТО ВХОДИТ В ОБЯЗАННОСТИ СТАРШЕЙ МЕДСЕСТРЫ ОТДЕЛЕНИЯ:</p> <p>а) выполнение наиболее ответственных сестринских манипуляций;  б) контроль за работой палатных медицинских сестер, выписка требований на медикаменты;  в) контроль за обеспечением отделения твердым и мягким инвентарем, постельным бельем.  г) ассистирование заведующему отделению при обходах  д) обучение младшего мед. персонала</p>	б)	ПП ПММП
ОПК-4	<p>ЧТО СПОСОБСТВУЕТ РАСПРОСТРАНЕНИЮ НОЗОКОМИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ:</p> <p>а) нарушение правил асептики и антисептики в больнице;  б) появление в отделениях клопов и тараканов;  в) появление в отделениях больных с педикулезом;  г) посещение больных родственниками.  д) вредительство</p>	а)	ПП ПММП
ОПК-4	<p>КАК ЧАСТО ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ ВЛАЖНАЯ УБОРКА ПАЛАТ:</p> <p>а) ежедневно;  б) по мере необходимости;  в) по мере необходимости, но не реже двух раз в день</p>	в)	ПП ПММП

	г) 1 раз в 3 дня д) 1 раз в неделю		
ОПК-4	<p>ЧТО СПОСОБСТВУЕТ ПОЯВЛЕНИЮ ТАРАКАНОВ В ОТДЕЛЕНИИ БОЛЬНИЦЫ:</p> <p>а) несвоевременное удаление пищевых отходов и плохая уборка помещений пищеблока; б) внутрибольничные инфекции; в) недостаточная санитарная обработка больных г) несоблюдение правил асептики и антисептики д) Многоэтажность ЛПУ</p>	а)	ПП ПММП
ОПК-4	<p>В ПРИЕМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ БОЛЬНИЦЫ ОБРАТИЛСЯ БОЛЬНОЙ БЕЗ НАПРАВИТЕЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ, ВНЕЗАПНО ПОЧУВСТВОВАВ СЕБЯ ПЛОХО. КАКОЙ БУДЕТ ВАША ТАКТИКА:</p> <p>а) осмотреть больного, оказать ему необходимую медицинскую помощь и решить вопрос о тактике дальнейшего лечения; б) вызвать машину скорой помощи; в) послать больного за направлятельными медицинскими документами. г) осмотреть больного и вызвать наряд милиции д) рекомендовать обратиться в дежурное ЛПУ</p>	а)	УП уход за больными ТерПроф
ОПК-4	<p>У БОЛЬНОГО, НАПРАВЛЕННОГО НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ, В ПРИЕМНОМ ОТДЕЛЕНИИ ОБНАРУЖЕНЫ ПЛАТЯНЫЕ ВШИ. ВАШИ ДЕЙСТВИЯ</p> <p>а) отказать больному в госпитализации; б) провести повторное мытье больного с мылом в ванне, отправить одежду и белье больного в дезинсекционную камеру; в) провести санитарную обработку, включающую стрижку волос головы, смазывание волос смесью керосина с подсолнечным маслом с последующим мытьем головы с применением горячего 10% раствора столового уксуса. г) Организовать транспорт пациента в дерматовенерологический стационар д) изолировать пациента, вызвать эпидемиолога</p>	в)	УП уход за больными ТерПроф
ОПК-4	<p>В ПРИЕМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ПОСТУПИЛ БОЛЬНОЙ С ЖАЛОБАМИ НА БОЛИ В ЖИВОТЕ. ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЕ. МОЖНО ЛИ ЕМУ ПРИНЯТЬ ГИГИЕНИЧЕСКУЮ ВАННУ:</p> <p>а) можно; б) нельзя; в) можно после исключения острого хирургического заболевания. г) можно, после оформления письменного согласия пациента д) приемное отделение не предусматривает</p>	в)	УП уход за больными ТерПроф

	выполнение гигиенических процедур		
ОПК-4	<p>В ПРИЕМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ДОСТАВЛЕН БОЛЬНОЙ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ (3 ЧАСА НАЗАД БЫЛА РВОТА СОДЕРЖИМЫМ ТИПА "КОФЕЙНОЙ ГУЩИ"). ЧУВСТВУЕТ СЕБЯ СУБЪЕКТИВНО УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО, МОЖЕТ ПЕРЕДВИГАТЬСЯ САМОСТОЯТЕЛЬНО. КАКОЙ ДОЛЖНА БЫТЬ ТРАНСПОРТИРОВКА БОЛЬНОГО В ОТДЕЛЕНИЕ:</p> <p>а) пешком, в сопровождении медицинской сестры;  б) в кресле-каталке;  в) только на каталке.  г) в зависимости от пожеланий пациента  д) пешком, без сопровождения</p>	б)	УП уход за больными ТерПроф
ОПК-4	<p>ЧТО ВХОДИТ В ОБЯЗАННОСТИ СТАРШЕЙ МЕДСЕСТРЫ ОТДЕЛЕНИЯ:</p> <p>а) выполнение наиболее ответственных сестринских манипуляций;  б) контроль за работой палатных медицинских сестер, выписка требований на медикаменты;  в) контроль за обеспечением отделения твердым и мягким инвентарем, постельным бельем.  г) ассистирование заведующему отделению при обходах  д) обучение младшего мед. персонала</p>	б)	УП уход за больными ТерПроф
ОПК-4	<p>ЧТО СПОСОБСТВУЕТ РАСПРОСТРАНЕНИЮ НОЗОКОМИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ:</p> <p>а) нарушение правил асептики и антисептики в больнице;  б) появление в отделениях клопов и тараканов;  в) появление в отделениях больных с педикулезом;  г) посещение больных родственниками.  д) вредительство</p>	а)	УП уход за больными ТерПроф
ОПК-4	<p>КАК ЧАСТО ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ ВЛАЖНАЯ УБОРКА ПАЛАТ:</p> <p>а) ежедневно;  б) по мере необходимости;  в) по мере необходимости, но не реже двух раз в день  г) 1 раз в 3 дня  д) 1 раз в неделю</p>	в)	УП уход за больными ТерПроф
ОПК-4	<p>ЧТО СПОСОБСТВУЕТ ПОЯВЛЕНИЮ ТАРАКАНОВ В ОТДЕЛЕНИИ БОЛЬНИЦЫ:</p> <p>а) несвоевременное удаление пищевых отходов и плохая уборка помещений пищеблока;  б) внутрибольничные инфекции;  в) недостаточная санитарная обработка больных  г) несоблюдение правил асептики и антисептики  д) Многоэтажность ЛПУ</p>	а)	УП уход за больными ТерПроф
ОПК-4	ПЛЕВРАЛЬНАЯ ПУНКЦИЯ ПРИ	б)	Травматология и

	ПНЕВМОТОРАКСЕ ПРОВОДИТСЯ а) в 6-м межреберье по подмышечной линии б) Во 2 –м межреберье по средне-ключичной линии в) Во 2-м и 6-м межреберьях по средней подмышечной линии г) В 5-м межреберье по задне-подмышечной линии д) В 4-м межреберье по средне-ключичной линии		ортопедия
ОПК-4	ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РАНЫ ЯВЛЯЕТСЯ: а) стерилизация раны путем иссечения скальпелем б) превращения случайной раны в "хирургическую" с целью ее закрытия в) удаление всех нежизнеспособных сомнительных тканей, как питательной среды для развития инфекции г) освежение краев раны и удаление из нее сгустков и инородных тел д) придание ране правильной формы с целью ее пластического закрытия местными тканями	в)	Травматология и ортопедия
ОПК-4	НАИБОЛЕЕ ЯРКО И ОТЧЕТЛИВО КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА СДАВЛЕНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ НАБЛЮДАЕТСЯ: а) в момент сдавления б) сразу же после освобождения от сдавления в) через несколько часов после освобождения от сдавления г) через 2-3 суток после сдавления д) через неделю после сдавления	в)	Травматология и ортопедия
ОПК-4	АКТИВНАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ – ЭТО а) введение антигена б) введение антител в) введение интерферона г) плазмаферез д) введение препаратов тимуса	а)	Иммунология
ОПК-4	ОСНОВНЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ В РАЗВИТИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ а) гиперсаливация б) ксеростомия в) частичная адентия г) массивные зубные отложения д) хроническая травма слизистой оболочки	д)	Стоматология
ОПК-4	ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ РАКА ГУБЫ ПРОВОДЯТ С а) сифилисом б) фурункулом в) карбункулом г) атеромой д) заедой	а)	Стоматология
ОПК-4	«СИМПТОМ ОЧКОВ» ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВОЗНИКАЕТ	а)	Стоматология

	<ul style="list-style-type: none"> <li>а) сразу же после травмы</li> <li>б) через 2 – 4 часа после травмы</li> <li>в) через 12 часов</li> <li>г) через 24 – 48 часов после травмы</li> <li>д) через неделю после травмы</li> </ul>		
ОПК-4	<p>ВИД АСФИКСИИ У БОЛЬНЫХ С ОТРЫВОМ ПОДБОРОДОЧНОГО ОТДЕЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) стенотическая</li> <li>б) клапанная</li> <li>в) дислокационная</li> <li>г) аспирационная</li> <li>д) обтурационная</li> </ul>	в)	Стоматология
ОПК-4	<p>БОЛЕЗНЬ МИКУЛИЧА РАССМАТРИВАЮТ КАК</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) локализованную форму гранулематоза</li> <li>б) локализованную форму лимфоматоза</li> <li>в) локализованную форму коллагеноза</li> <li>г) локализованную форму амилоидоза</li> <li>д) локализованную форму фиброматоза</li> </ul>	б)	Стоматология
ОПК-4	<p>СИНОНИМ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) цилиндрома</li> <li>б) серая опухоль</li> <li>в) бурая опухоль</li> <li>г) красная опухоль</li> <li>д) ретенционная киста</li> </ul>	в)	Стоматология
ОПК-4	<p>СИНОНИМОМ АМЕЛОБЛАСТОМЫ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) цементома</li> <li>б) гигантома</li> <li>в) адамантинома</li> <li>г) хондробластома</li> <li>д) эпюлид</li> </ul>	в)	Стоматология
ОПК-4	<p>ДЕКУБИТАЛЬНУЮ ЯЗВУ ОТНОСЯТ К ПРЕДРАКАМ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) облигатным</li> <li>б) факультативным</li> <li>в) атипичным</li> <li>г) реактивным</li> <li>д) дистрофическим</li> </ul>	б)	Стоматология
ОПК-4	<p>ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СИРИНГОМИЕЛИИ ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) биохимические анализы крови</li> <li>б) методы молекулярной диагностики</li> <li>в) МРТ</li> <li>г) клинический анализ крови</li> <li>д) кариотипирование</li> </ul>	в)	Неврология, медицинская генетика, нейрохирургия
ОПК-5	<p>ПРИЧИНОЙ ЭКЗАНТЕМЫ ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ ФОРМАХ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) капсулярные полисахариды</li> <li>б) эндотоксин</li> <li>в) белковый экзотоксин</li> <li>г) протеины наружной мембраны</li> </ul>	б)	Микробиология

	д) гемолизин		
ОПК-5	В ПАТОГЕНЕЗЕ ПИЩЕВОГО СТАФИЛОКОККОВОГО ТОКСИКОЗА ОСНОВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ а) гемолизин б) энтеротоксин в) плазмакоагулаза г) лецитиназа д) токсин токсического шока	б)	Микробиология
ОПК-5	ПРОДУКЦИЯ ЭРИТРОГЕНИНА У S.PYOGENES КОНТРОЛИРУЕТСЯ а) генами профага б) плазмидными генами в) генами транспозонов г) хромосомными генами д) генами «островков» патогенности	а)	Микробиология
ОПК-5	ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ ПАТОГЕННОСТИ ТОКСИГЕННЫХ ШТАММОВ S.DIPHTHERIAE ЯВЛЯЕТСЯ а) гистотоксин б) плазмакоагулаза в) гиалуронидаза г) эндотоксин д) А-белок	а)	Микробиология
ОПК-5	ПРОДУКТИВНЫЙ ТИП ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВИРУСОВ С КЛЕТКОЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ а) прерыванием репродукции вируса б) образованием провируса в) образованием нового поколения вирусов г) удвоением клетки-хозяина д) продукцией вирусных белков	в)	Микробиология
ОПК-5	РЕПРОДУКЦИЯ ВИРУСОВ ГРИППА ПРОИСХОДИТ В а) гепатоцитах б) нейронах головного мозга в) эритроцитах г) лимфоцитах д) эпителии дыхательных путей	д)	Микробиология
ОПК-5	АНТИГЕН Т-ЛИМФОЦИТАМ СПОСОБНЫ ПРЕЗЕНТИРОВАТЬ а) нейтрофилы б) дендритные клетки в) натуральные-киллеры г) эозинофилы д) тучные клетки	б)	Иммунология
ОПК-5	ГУМОРАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ, ОБЛАДАЮЩИЕ ВЫРАЖЕННОЙ ПРОТИВОВИРУСНОЙ АКТИВНОСТЬЮ, И СПОСОБНОСТЬЮ ПОДАВЛЯТЬ РЕПЛИКАЦИЮ ВИРУСА В ЗАРАЖЕННОЙ КЛЕТКЕ а) дефензины б) лактоферрины	г)	Иммунология

	<p>в) натуральные-киллеры  г) интерфероны  д) кинины</p>		
ОПК-5	<p>В СЛЮНЕ СОДЕРЖАТСЯ  ИММУНОГЛОБУЛИНЫ  а) IgA  б) IgG  в) IgM  г) IgD  д) IgE</p>	а)	Иммунология
ОПК-5	<p>БАКТЕРИАЛЬНЫЕ ПРОДУКТЫ,  УСИЛИВАЮЩИЕ ИММУННЫЙ ОТВЕТ  а) интерлейкин 2 (IL-2) б) иммуногенная РНК  в) транспортный фактор  г) эндотоксин  д) эндогенный пироген</p>	г)	Иммунология
ОПК-5	<p>ГЕМОПОЭЗ - ОСНОВНАЯ ФУНКЦИЯ  а) лимфатического узла  б) желтого костного мозга  в) тимуса  г) селезенки  д) красного костного мозга</p>	д)	Иммунология
ОПК-5	<p>ХАРАКТЕРНОЙ ЧЕРТОЙ ВИДОВОГО  ИММУНИТЕТА ЧЕЛОВЕКА ЯВЛЯЕТСЯ  а) специфичность  б) не специфичность  в) формирование иммунологической памяти  г) низкое разнообразие эффекторных механизмов  д) высокое разнообразие распознающих «чужое»  рецепторов</p>	б)	Иммунология
ОПК-5	<p>В ИТОГЕ АКТИВАЦИИ СИСТЕМЫ  КОМПЛЕМЕНТА ОБРАЗУЮТСЯ ФРАГМЕНТЫ  КОМПОНЕНТОВ КОМПЛЕМЕНТА,  УСИЛИВАЮЩИЕ ХЕМОТАКСИС  МАКРОФАГОВ  а) C3в и C5в  б) C3а и C5а  в) C5в – C9  г) C2а и C4а  д) C2в и C4в</p>	б)	Иммунология
ОПК-5	<p>КИСЛОРОДОНЕЗАВИСИМЫЙ МЕХАНИЗМ  ФАГОЦИТОЗА (ВНУТРИКЛЕТОЧНЫЙ  ЦИТОЛИЗ) ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ  а) С-реактивным белков  б) антителами  в) комплементом  г) цитокинами  д) катионными белками</p>	в)	Иммунология
ОПК-5	<p>ОСНОВНЫМИ ФАКТОРАМИ,  ОПРЕДЕЛЯЮЩИМИ СПОСОБНОСТЬ  ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ФОРМИРОВАТЬ  НАПРАВЛЕННЫЙ СПЕЦИФИЧЕСКИЙ</p>	а)	Иммунология

	ИММУННЫЙ ОТВЕТ ПРОТИВ АНТИГЕНА ЯВЛЯЮТСЯ а) молекулярная масса и валентность б) РАМР в) DAMP г) распознавание В-лимфоцитами д) распознавание макрофагами		
ОПК-5	ПРИ ЦИТОЗОЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ АНТИГЕНА ЭФФЕКТИВНЫМ МЕХАНИЗМОМ ЗАЩИТЫ БУДЕТ РАЗВИТИЯ АДАПТИВНОГО ИММУННОГО ОТВЕТА а) гуморального б) клеточного воспалительного в) клеточного цитотоксического г) воспалительного д) пассивного искусственного	в)	Иммунология
ОПК-5	ИММУНОДЕФИЦИТ В РЕЗУЛЬТАТЕ ВОСПРИИМЧИВОСТИ К ВИРУСНЫМ И ГРИБКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОБУСЛОВЛЕН ДЕФИЦИТОМ а) макрофагов б) В-клеток в) Т-клеток г) нейтрофилов д) комплемента	в)	Иммунология
ОПК-5	АНТИГЕН-РЕАКТИВНЫЕ ЛИМФОЦИТЫ, КОТОРЫЕ МЕШАЮТ РАЗВИТИЮ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУННОГО ОТВЕТА НАЗЫВАЮТСЯ а) натуральные киллеры б) нулевые клетки в) супрессоры г) контрасупрессоры д) большие гранулярные лимфоциты	в)	Иммунология
ОПК-5	БАКТЕРИАЛЬНЫЕ ПРОДУКТЫ, УСИЛИВАЮЩИЕ ИММУННЫЙ ОТВЕТ а) интерлейкин 2 (IL-2) б) иммуногенная РНК в) транспортный фактор г) эндотоксин д) эндогенный пироген	г)	Иммунология
ОПК-5	ГЕМОПОЭЗ - ОСНОВНАЯ ФУНКЦИЯ а) лимфатического узла б) желтого костного мозга в) тимуса г) селезенки д) красного костного мозга	д)	Иммунология
ОПК-5	ХАРАКТЕРНОЙ ЧЕРТОЙ ВИДОВОГО ИММУНИТЕТА ЧЕЛОВЕКА ЯВЛЯЕТСЯ а) специфичность б) не специфичность в) формирование иммунологической памяти г) низкое разнообразие эффекторных механизмов	б)	Иммунология



	д) высокое разнообразие распознающих «чужое» рецепторов		
ОПК-5	ЛАТИНСКОЕ НАЗВАНИЕ URETHRA ИМЕЕТ а) мочевой пузырь б) матка в) почка г) мочеиспускательный канал д) влагалище	г)	Анатомия
ОПК-5	ЛАТИНСКОЕ НАЗВАНИЕ STERNUM ИМЕЕТ а) лопатка б) ключица в) локтевая кость г) ребро д) грудина	д)	Анатомия
ОПК-5	ЛАТИНСКОЕ НАЗВАНИЕ TRUNCUS COELIACUS ИМЕЕТ а) плечеголовной ствол б) чревный ствол в) симпатический ствол г) легочной ствол д) подключичный ствол	б)	Анатомия
ОПК-5	ЛАТИНСКОЕ НАЗВАНИЕ CARTILAGO THYROIDEA ИМЕЕТ а) перстневидный хрящ б) щитовидный хрящ в) надгортанный хрящ г) черпаловидный хрящ д) рожковидный хрящ	б)	Анатомия
ОПК-5	ВЕРХНЯЯ БРЫЖЕЕЧНАЯ ВЕНА ВПАДАЕТ а) в верхнюю полую вену б) в правое предсердие в) в левое предсердие г) в непарную вену д) в воротную вену	д)	Анатомия
ОПК-5	СИГМОВИДНЫЙ СИНУС ПРОДОЛЖАЕТСЯ ВО ВНУТРЕНнюю ЯРЕМную ВЕНУ В ОБЛАСТИ а) круглого отверстия б) яремного отверстия в) овального отверстия г) остистого отверстия д) слепого отверстия	б)	Анатомия
ОПК-5	КВАДРАТНЫЙ ПРОНАТОР ОТНОСИТСЯ а) к передней группе мышц плеча б) к задней группе мышц плеча в) к передней группе мышц предплечья г) к задней группе мышц предплечья д) к глубоким мышцам спины	в)	Анатомия
ОПК-5	К КОСТЯМ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ОТНОСИТСЯ а) грудина б) позвонки в) лучевая кость	в)	Анатомия

	г) таранная кость д) плюсневые кости		
ОПК-5	К ВНУТРИСУСТАВНЫМ СВЯЗКАМ КОЛЕННОГО СУСТАВА ОТНОСИТСЯ а) передняя крестообразная связка б) связка надколенника в) дугообразная подколенная связка г) малоберцовая коллатеральная связка д) большеберцовая коллатеральная связка	а)	анатомия
ОПК-5	НОСОГЛОТКА СООБЩАЕТСЯ С НОСОВОЙ ПОЛОСТЬЮ ПРИ ПОМОЩИ а) зева б) глоточного отверстия слуховой трубы в) хоан г) входа в гортань д) большого затылочного отверстия	в)	анатомия
ОПК-5	СРЕДИННЫЙ НЕРВ ОТНОСИТСЯ а) к шейному сплетению б) к плечевому сплетению в) к поясничному сплетению г) к крестцовому сплетению д) к черепным нервам	б)	анатомия
ОПК-5	ПЛЕЧЕГОЛОВНОЙ СТОЛ ОТХОДИТ а) от брюшной аорты б) от дуги аорты в) от правой общей сонной артерии г) от левой внутренней сонной артерии д) от грудной аорты	б)	анатомия
ОПК-5	В ГЛАЗНОМ ЯБЛОКЕ ИЗ ЭКТОДЕРМЫ РАЗВИВАЕТСЯ а) роговица б) радужка в) сетчатка г) склера д) стекловидное тело	в)	Анатомии
ОПК-5	В ОРГАНЕ СЛУХА ИЗ ЭНТОДЕРМЫ ГЛОТОЧНЫХ КАРМАНОВ РАЗВИВАЕТСЯ а) слуховые косточки б) ушная раковина в) костный лабиринт г) эпителий барабанной полости и слуховой трубы д) перепончатый лабиринт	г)	Анатомии
ОПК-5	ИЗ МЕЗОНЕФРАЛЬНЫХ (ВОЛЬФОВЫХ) ПРОТОКОВ РАЗВИВАЕТСЯ а) половой член б) матка в) простата г) влагалище д) семявыносящие протоки	д)	Анатомии
ОПК-5	ИЗ ПАРАМЕЗОНЕФРАЛЬНЫХ (МЮЛЛЕРОВЫХ) ПРОТОКОВ РАЗВИВАЕТСЯ а) яички б) матка	б)	Анатомии

	<p>в) клитор г) половой член д) мочевого пузыря</p>		
ОПК-5	<p>ИЗ ВЫПЯЧИВАНИЯ ЭПИТЕЛИЯ ДОРСАЛЬНОЙ СТЕНКИ РОТОВОЙ БУХТЫ (КАРМАНА РАТКЕ) РАЗВИВАЕТСЯ</p> <p>а) задняя доля гипофиза б) передняя доля гипофиза в) щитовидная железа г) тимус д) яичники</p>	б)	Анатомии
ОПК-5	<p>БУГРИСТАЯ ПОВЕРХНОСТЬ ПОЧКИ НОВОРОЖДЕННОГО ОБУСЛОВЛЕНА</p> <p>а) слабым развитием мозгового вещества б) наличием карманов в) слабым развитием коркового вещества г) наличием борозд для артерий д) отсутствием нефронов</p>	в)	Анатомии
ОПК-5	<p>ОВАЛЬНОЕ ОТВЕРСТИЕ В СЕРДЦЕ У ПЛОДА СООБЩАЕТ ПРАВОЕ ПРЕДСЕРДИЕ</p> <p>а) с правым желудочком б) с левым желудочком в) с левым предсердием г) с венечным синусом д) с аортой</p>	в)	Анатомии
ОПК-5	<p>АРТЕРИАЛЬНЫЙ (БОТАЛОВ) ПРОТОК У ПЛОДА СОЕДИНЯЕТ ЛЕГОЧНОЙ СТВОЛ</p> <p>а) с восходящей аортой б) с дугой аорты в) с пупочной артерией г) с началом нисходящей аорты д) с общей подвздошной артерией</p>	г)	Анатомии
ОПК-5	<p>ИЗ ПУПОЧНОЙ ВЕНЫ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ ОБРАЗУЕТСЯ</p> <p>а) паховая связка б) широкая связка матки в) крестообразная связка г) дельтовидная связка д) круглая связка печени</p>	д)	Анатомии
ОПК-5	<p>ИЗ ВЕНОЗНОГО (АРАНЦИЕВОГО) ПРОТОКА ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ ОБРАЗУЕТСЯ</p> <p>а) круглая связка матки б) паховая связка в) венозная связка печени г) связка надколенника д) вийная связка</p>	в)	Анатомии
ОПК-5	<p>МАКСИМАЛЬНОЕ ВРЕМЯ ЭВАКУАЦИИ ПИЩИ ИЗ ЖЕЛУДКА СОСТАВЛЯЕТ</p> <p>а) 1,5 часа б) 2 часа в) 3 часа г) 4 часа</p>	г)	Госпитальная терапия

	д) 5 часов		
ОПК-5	<p>К ЭССЕНЦИАЛЬНЫМ (НЕЗАМЕНИМЫМ) ЖИРНЫМ КИСЛОТАМ ОТНОСЯТСЯ</p> <p>а) пальмитиновая кислота  б) стеариновая кислота  в) ацетоуксусная  г) линоленовая д) масляная</p>	г)	Клиническая биохимия
ОПК-5	<p>ПОВЫШЕНИЕ СЫВОРОТОЧНОЙ АКТИВНОСТИ ФЕРМЕНТОВ ПРИ ПАТОЛОГИИ МОЖЕТ ЯВИТЬСЯ СЛЕДСТВИЕМ</p> <p>а) голодания  б) цитолиза  в) снижения активности синтеза фермента в клетках г) действия ингибиторов ферментов  д) дефицита коферментов</p>	б)	Клиническая биохимия
ОПК-5	<p>ДИСПРОТЕИНЕМИЯ – ЭТО</p> <p>а) увеличение содержания общего белка крови  б) уменьшение содержания общего белка крови  в) выделение белка с мочой  г) нарушение соотношения белковых фракций крови  д) появление неспецифичных для здорового организм белков в крови</p>	г)	Клиническая биохимия
ОПК-5	<p>ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ АЗОТИСТЫЙ БАЛАНС СООТВЕТСТВУЕТ</p> <p>а) недостатку незаменимых аминокислот в организме  б) беременности  в) голоданию  г) тяжелому заболеванию  д) дефициту белка в питании</p>	б)	Клиническая биохимия
ОПК-5	<p>ОБЕЗВРЕЖИВАНИЕ АММИАКА В ОРГАНИЗМЕ ПРОИСХОДИТ В ПРОЦЕССЕ</p> <p>а) образования мочевой кислоты  б) образования мочевины  в) глюконеогенеза  г) дезаминирования аминокислот  д) синтеза кетоновых тел</p>	б)	Клиническая биохимия
ОПК-5	<p>СТАЗ – ЭТО</p> <p>а) замедление оттока крови  б) уменьшение оттока крови  в) остановка кровотока  г) гемолиз эритроцитов  д) свертывание крови</p>	в)	Патологическая анатомия
ОПК-5	<p>ОБРАЗНОЕ НАЗВАНИЕ ВИДА ПЕЧЕНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВЕНОЗНОМ ПОЛНОКРОВИИ</p> <p>а) сальная  б) саговая  в) бурая  г) мускатная  д) глазурная</p>	г)	Патологическая анатомия
ОПК-5	<p>АНАСАРКА – ЭТО</p>	д)	Патологическая

	<p>а) накопление спинномозговой жидкости в желудочках мозга</p> <p>б) накопление отечной жидкости в брюшной полости</p> <p>в) накопление отечной жидкости в полости плевры</p> <p>г) накопление отечной жидкости в просветах альвеол</p> <p>д) отек подкожной клетчатки</p>		анатомия
ОПК-5	<p><b>ОПРЕДЕЛЕНИЕ НЕКРОЗА</b></p> <p>а) нарушение обмена в паренхиме органов</p> <p>б) распад клеток и тканей в живом организме</p> <p>в) нарушение обмена в строме органов</p> <p>г) смерть организма</p> <p>д) нарушение кровообращения</p>	б)	Патологическая анатомия
ОПК-5	<p><b>ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ «ФЛЕГМОНА»</b></p> <p>а) диффузная гнойная инфильтрация ткани</p> <p>б) очаговое нагноение</p> <p>в) ихорозная инфильтрация ткани</p> <p>г) фибриновая инфильтрация ткани</p> <p>д) гуммозная инфильтрация ткани</p>	а)	Патологическая анатомия
ОПК-5	<p><b>ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ «ОПУХОЛЬ»</b></p> <p>а) управляемая пролиферация клеток</p> <p>б) автономная, безудержная пролиферация клеток</p> <p>в) пролиферация клеток для выполнения функции защиты организма</p> <p>г) пролиферация клеток для восстановления тканей</p> <p>д) пролиферация клеток с последующей дифференцировкой</p>	б)	Патологическая анатомия
ОПК-5	<p><b>К РАЗВИТИЮ ОБЩЕГО ГЕМОСИДЕРОЗА ПРИВОДИТ</b></p> <p>а) васкулит</p> <p>б) некроз стенки сосудов</p> <p>в) образование гематомы</p> <p>г) внутрисосудистый гемолиз</p> <p>д) разрыв аневризмы аорты</p>	г)	Патологическая анатомия
ОПК-5	<p><b>ФОРМА РОСТА ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ</b></p> <p>а) инфильтрирующий</p> <p>б) аппозиционный</p> <p>в) экспансивный</p> <p>г) инвазивный</p> <p>д) метастатический</p>	в)	Патологическая анатомия
ОПК-5	<p><b>ПРОИСХОЖДЕНИЕ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В МЕТАСТАЗАХ ОПУХОЛИ</b></p> <p>а) из материнского узла</p> <p>б) из местных тканей органа</p> <p>в) из стволовых клеток костного мозга</p> <p>г) из оболочек сосудов</p> <p>д) метаморфоз опухолевых клеток</p>	б)	Патологическая анатомия
ОПК-5	<p><b>ТИП ТКАНЕВОЙ РЕАКЦИИ ПРИ ВРОЖДЁННОМ СИФИЛИСЕ</b></p> <p>а) продуктивно-некротический</p>	д)	Патологическая анатомия

	б) гуммозный инфильтрат в) продуктивно-инфильтративный г) экссудативно-инфильтративный д) экссудативно-некротический		
ОПК-5	<b>ПРИЗНАК КАТАРАЛЬНОГО ВОСПАЛЕНИЯ</b> а) фибриновая плёнка на слизистой оболочке б) экссудация слизи на слизистой оболочке в) эритроциты в экссудате г) расплавление фибриновой пленки д) пролифераты клеток	б)	Патологическая анатомия
ОПК-5	<b>ПРИ СЕПТИЧЕСКОМ РАСПЛАВЛЕНИИ ТРОМБА РАЗВИВАЕТСЯ</b> а) тромбоэмболия б) тканевая эмболия в) микробная эмболия г) эмболия инородными телами д) жировая эмболия	в)	Патологическая анатомия
ОПК-5	<b>ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВЕНОЗНОМ ПОЛНОКРОВИИ В ЛЕГКИХ ВОЗНИКАЕТ</b> а) мутное набухание б) липофусциноз в) мукоидноенабухание г) бурая индурация д) фибриноидное набухание	г)	Патологическая анатомия
ОПК-5	<b>ПРИЧИНОЙ НАРУШЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ПЕРФУЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ</b> а) нарушения нервной регуляции дыхания б) патологии грудной клетки в) патология дыхательных мышц и диафрагмы г) патологии дыхательных путей д) уменьшения общего кровотока в легких	д)	Патологическая физиология
ОПК-5	<b>УКАЖИТЕ ПРОЯВЛЕНИЕ, ХАРАКТЕРНОЕ ДЛЯ ЗАДЕРЖКИ ЭВАКУАЦИИ ИЗ ЖЕЛУДКА</b> а) гиперперистальтика кишечника б) желудочная метаплазия 12ПК в) ощущение тяжести и распирания в эпигастрии г) диарея д) ацидофикация двенадцати перстной кишки	в)	Патологическая физиология
ОПК-5	<b>ТЕМНЫЙ ЦВЕТ МОЧЕ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ПРИДАЕТ</b> а) прямой билирубин б) непрямой билирубин в) избыток уробилиногена г) избыток стеркобилиногена д) избыток мочевины	в)	Патологическая физиология
ОПК-5	<b>ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ АНЕМИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ</b> а) снижение выработки простагландинов б) нарушение почечной реабсорбции в) снижение выработки эритропоэтина г) снижение выработки каллекреина д) снижение выработки натрийуретического	в)	Патологическая физиология

	пептида		
ОПК-5	<p>ЛАБОРАТОРНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА</p> <p>а) снижение содержания калия в плазме крови  б) повышение содержания кальция в плазме крови  в) снижение содержания кальция в плазме крови  г) повышение содержания натрия в плазме крови  д) снижение содержания железа в плазме крови</p>	б)	Патологическая физиология
ОПК-5	<p>ЭПИТЕЛИЙ ФОРМИРУЕТ ТРЁХМЕРНУЮ СЕТЬ...</p> <p>а) в мочевом пузыре  б) в печени  в) в тимусе  г) в щитовидной железе  д) в коже</p>	в)	Гистология
ОПК-5	<p>ДЛЯ ЭРИТРОПОЭЗА НЕ ХАРАКТЕРНО...</p> <p>а) происходит под действием эритропоэтина  б) клетки-предшественницы сначала оксифильны, потом базофильны  в) происходят синтез глобинов и накопление НЬ  г) происходит опосредуемый рецепторами эндоцитоз трансферрина  д) происходит сборка белоксинтезирующего аппарата с последующей его дезинтеграцией</p>	б)	Гистология
ОПК-5	<p>УКАЖИТЕ, КАКОЙ ИЗ ВАРИАНТОВ ЭРИТРОПОЭЗА ЯВЛЯЕТСЯ ПРАВИЛЬНЫМ...</p> <p>а) ПСК - СК - КОЕ - Э - проэритробласт - эритробласт - эритробласт базофильный - эритробласт полихроматофильный - эритробласт оксифильный - ретикулоцит – эритроцит  б) СК - ПСК - КОЕ - Э - эритробласт - проэритробласт - эритробласт базофильный - эритробласт полихроматофильный - эритробласт оксифильный - ретикулоцит – эритроцит  в) СК - КОЕ - Э - эритробласт - проэритробласт ПСК - эритробласт оксифильный - эритробласт полихроматофильный - эритробласт базофильный - эритроцит – ретикулоцит  г) СК - ПСК - КОЕ - Э - эритробласт - проэритробласт - эритробласт базофильный - эритробласт оксифильный - эритробласт полихроматофильный - ретикулоцит – эритроцит  д) СК - ПСК - КОЕ - Э - эритробласт - эритробласт полихроматофильный – проэритробласт - эритробласт оксифильный - эритробласт</p>	б)	Гистология
ОПК-5	<p>ПЕРВЫМ ОРГАНОМ ГЕМОПОЭЗА У ЧЕЛОВЕКА ЯВЛЯЕТСЯ...</p> <p>а) костный мозг  б) печень  в) селезенка  г) лимфатический узел  д) желточный мешок</p>	д)	Гистология

ОПК-5	<p>УКАЖИТЕ, КАКИЕ ИМЕННО КЛЕТКИ КРАСНОГО КОСТНОГО МОЗГА В НОРМЕ ПОСТУПАЮТ В КРОВЬ...</p> <p>а) мегакариоцит  б) эритробласт оксифильный  в) ретикулоцит  г) эритробласт базофильный  д) ретикулярная клетка</p>	в)	Гистология
ОПК-5	<p>ДЕГРАДУЛЯЦИЯ ТУЧНЫХ КЛЕТОК НАСТУПАЕТ ПОСЛЕ...</p> <p>а) проникновения IgE в клетку  б) взаимодействия Ag с рецепторами для IgE цитолеммы  в) взаимодействия Ag с молекулами IgE, связанными с цитолеммой  г) взаимодействия молекул IgE с цитолеммой  д) проникновения комплекса Ag-IgE в клетку</p>	в)	Гистология
ОПК-5	<p>НАЗОВИТЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОЕ НЕРВНОЕ ОКОНЧАНИЕ, ОТВЕТСТВЕННОЕ ЗА ТЕРМО ВОСПРИЯТИЕ...</p> <p>а) тельце Руффини  б) осязательное тельце Мейснера  в) сухожильный орган Гольджи  г) пластинчатое тельце Пачини  д) свободное нервное окончание</p>	д)	Гистология
ОПК-5	<p>ВНУТРЕННИЙ ТУННЕЛЬ СПИРАЛЬНОГО ОРГАНА ОБРАЗОВАН КЛЕТКАМИ:</p> <p>а) наружными пограничными  б) наружными поддерживающими  в) наружными фаланговыми  г) внутренними и наружными столбовыми  д) внутренними фаланговыми</p>	г)	Гистология
ОПК-5	<p>ИСТОЧНИКАМИ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА ЯВЛЯЮТСЯ...</p> <p>а) висцеральный листок мезодермы  б) мезенхима и висцеральный листок мезодермы  в) мезенхима и париетальный листок мезодермы  г) энтодерма первичной кишки  д) нервный гребень</p>	б)	Гистология
ОПК-5	<p>УМЕНЬШЕНИЕ СЕКРЕЦИИ СОЛЯНОЙ КИСЛОТЫ ВЫЗЫВАЮТ ВСЕ МЕРОПРИЯТИЯ, <b>КРОМЕ:</b></p> <p>а) блокады аденилатциклазы  б) перерезки блуждающего нерва  в) блокады рецепторов ацетилхолина  г) блокады рецепторов гастринина  д) активации Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup> –АТФазы</p>	д)	Гистология
ОПК-5	<p>КАКИЕ КЛЕТКИ ЭПИТЕЛИЯ ТРАХЕИ И БРОНХОВ ВЫРАБАТЫВАЮТ СЛИЗЬ?</p> <p>а) секреторные  б) каемчатые  в) бокаловидные</p>	в)	Гистология



	г) эндокринные д) базальные		
ОПК-5	В ПОДКИСЛЕНИИ МОЧИ (ВЫДЕЛЕНИИ В ЕЕ СОСТАВ ИОНОВ ВОДОРОДА) УЧАСТВУЮТ... а) рениоциты б) подоциты в) макулоциты г) темные клетки собирательных трубочек д) клетки тонкого канальца	г)	Гистология
ОПК-5	ОВАРИАЛЬНЫЙ ЦИКЛ ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩУЮ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ СОБЫТИЙ... а) рост фолликула - образование желтого тела - активность желтого тела - его регрессия б) рост фолликула - овуляция - образование и активная функция желтого тела - его регрессия - рост нового фолликула в) овуляция - рост фолликула - образование и функционирование желтого тела г) рост фолликула - овуляция - рост нового фолликула д) рост фолликула - овуляция - регрессия фолликула - рост нового фолликула	б)	Гистология
ОПК-5	СЕРОЗНАЯ ОБОЛОЧКА В ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ НАЗЫВАЕТСЯ а) адвентиция б) брюшина в) плевра г) фасция д) апоневроз	в)	Топографическая анатомия
ОПК-5	ФИМОЗОМ НАЗЫВАЕТСЯ а) стриктура дистального отдела крайней плоти б) отсутствие крайней плоти в) склерозирование всей крайней плоти г) отсутствие девственной плевы д) воспаление головки полового члена	а)	Топографическая анатомия
ОПК-5	КЛЕТЧАТОЧНОЕ ПРОСТРАНСТВО, РАСПОЛОЖЕННОЕ ПОЗАДИ ВОСХОДЯЩЕЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ НАЗЫВАЕТСЯ а) забрюшинное б) околоободочное в) околопочечное г) предободочное д) предбрюшинное	б)	Топографическая анатомия
ОПК-5	ПЕРИТОНИТОМ НАЗЫВАЕТСЯ а) воспаление плевры б) воспаление брюшины в) воспаление перикарда г) воспаление клетчатки д) воспаление мышцы	б)	Топографическая анатомия
ОПК-5	ГАЙМОРИТОМ НАЗЫВАЕТСЯ а) воспаление клиновидной пазухи	в)	Топографическая анатомия

	б) воспаление лобной пазухи в) воспаление верхнечелюстной пазухи г) воспаление слизистой носа д) воспаление решетчатой пазухи		
ОПК-5	<b>СТЕНОНОВЫМ ПРОТОКОМ НАЗЫВАЮТ</b> а) проток подъязычной слюнной железы б) проток поднижнечелюстной слюнной железы в) проток околоушной слюнной железы г) проток слезной железы д) проток щитовидной железы	в)	Топографическая анатомия
ОПК-5	<b>ЧЕТВЕРТАЯ ФАСЦИЯ ШЕИ НАЗЫВАЕТСЯ</b> а) подкожная б) поверхностный листок собственной фасции шеи в) внутришейная г) глубокий листок собственной фасции шеи д) предпозвоночная	в)	Топографическая анатомия
ОПК-5	<b>МЕЖДУ ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИЕЙ И ВНУТРЕННЕЙ ЯРЁМНОЙ ВЕНОЙ ЛЕЖИТ НЕРВ</b> а) язычный б) блуждающий в) диафрагмальный г) лицевой д) добавочный	б)	Топографическая анатомия
ОПК-5	<b>ТОЧКА ПАЛЬЦЕВОГО ПРИЖАТИЯ ЛИЦЕВОЙ АРТЕРИИ НАХОДИТСЯ</b> а) у козелка уха б) на середине нижнего края глазницы в) у угла нижней челюсти г) на середине тела нижней челюсти у переднего края жевательной мышцы д) у медиального угла глаза	г)	Топографическая анатомия
ОПК-5	<b>ОБИЛЬНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРИ РАНЕНИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ В ЛОБНО-ТЕМЕННО-ЗАТЫЛОЧНОЙ ОБЛАСТИ ОБЪЯСНЯЕТСЯ</b> а) повреждением крупных сосудов б) высоким давлением в сосудах в) сращением адвентиции сосудов с соединительнотканными перемычками г) большим количеством сосудов д) тонкой сосудистой стенкой	в)	Топографическая анатомия
ОПК-5	<b>ПРИ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЕ ЗАДНЕЙ СТЕНКИ ЖЕЛУДКА ВОЗМОЖНА ПЕНЕТРАЦИЯ В</b> а) селезенку б) левую долю печени в) правую долю печени г) поджелудочную железу д) сальник	г)	Топографическая анатомия
ОПК-5	<b>ВНЕБРЮШИННЫЙ ПУТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ПУНКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКЕ МОЧИ ВОЗМОЖЕН ИЗ-ЗА</b> а) интраперитонеального положения органа б) экстраперитонеального положения органа	в)	Топографическая анатомия

	<p>в) мезоперитонеального положения органа  г) ретроперитонеального положения органа  д) перитонеального положения органа</p>		
ОПК-5	<p>СЛАБЫМ МЕСТОМ ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) разноугольник Лесгафта-Грюнфельда  б) треугольник Бохдалека  в) треугольник Ларрея  г) треугольник Пирогова  д) треугольник Морганьи</p>	а)	Топографическая анатомия
ОПК-5	<p>ИЗ ПРЕВИСЦЕРАЛЬНОГО КЛЕТЧАТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА ШЕИ ГНОЙ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ В а) переднее средостение  б) заднее средостение  в) плевральную полость  г) в правый плевральный мешок  д) в левый плевральный мешок</p>	а)	Топографическая анатомия
ОПК-5	<p>ИНВЕРСИЯ ПОЛА, КАК РЕЗУЛЬТАТ НАРУШЕНИЯ МЕХАНИЗМОВ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА, В РЕЗУЛЬТАТЕ КОТОРОГО ПРИ ГЕНОТИПЕ XX ФОРМИРУЕТСЯ МУЖСКОЙ ФЕНОТИП МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА:</p> <p>а) транслокацией области Y-хромосомы с SRY  б) дупликацией DAX1 на X-хромосоме  в) нарушением синтеза ретиноевой кислоты  г) дефектом формирования веретена деления  д) трисомией X-хромосомы</p>	а)	Молекулярная генетика
ОПК-5	<p>ОДНОРОДИТЕЛЬСКАЯ ДИСОМИЯ – ЯВЛЕНИЕ, ПРИ КОТОРОМ ЧЕЛОВЕК ПОЛУЧАЕТ ДВЕ КОПИИ ХРОМОСОМЫ ИЛИ ЧАСТИ ХРОМОСОМЫ ОТ ОДНОГО РОДИТЕЛЯ И НИ ОДНОЙ КОПИИ ОТ ДРУГОГО РОДИТЕЛЯ – ЭТО ПРИМЕР:</p> <p>а) болезней геномного импринтинга  б) наследственных моногенных заболеваний  в) митохондриальных болезней  г) болезней экспансии тринуклеотидных повторов  д) мультифакториальных болезней</p>	а)	Молекулярная генетика
ОПК-5	<p>ФОРМИРОВАНИЕ РАЗНООБРАЗИЯ АНТИГЕНСВЯЗЫВАЮЩИХ ЦЕНТРОВ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ (АНТИТЕЛ) ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ПРОЦЕССАМИ:</p> <p>а) множественностью зародышевых генов  б) соматической рекомбинацией  в) соматическим мутагенезом  г) неточностями при соматической рекомбинации  д) всеми перечисленными</p>	д)	Молекулярная генетика

ОПК-5	<p>МУТАЦИИ ГЕНОВ – ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР НАСЛЕДСТВЕННЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЧЕЛОВЕКА. МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ «ЛЕЧИТЬ» НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ДЕФЕКТЫ ГЕНОМА ЧЕЛОВЕКА – ЭТО:</p> <p>а) индуцированный мутагенез  б) генная терапия  в) интерактомная модификация  г) моделирование <i>in silico</i>  д) ИКСИ</p>	б)	Молекулярная генетика
ОПК-5	<p>ОДНА ИЗ ЗАДАЧ НУТРИГЕНОМИКИ – ИССЛЕДОВАНИЕ РОЛИ НУТРИЕНТОВ В ЭПИГЕНЕТИЧЕСКОЙ РЕГУЛЯЦИИ. МИКРОНУТРИЕНТЫ – ЭТО:</p> <p>а) пищевые вещества (витамины, минеральные вещества и микроэлементы), которые содержатся в пище в очень малых количествах – миллиграммах или микрограммах  б) пищевые вещества (белки, жиры и углеводы), необходимые человеку в количествах, измеряемых граммами, обеспечивают пластические, энергетические и иные потребности организма  в) высокомолекулярные азотсодержащие биополимеры, состоящие из L-аминокислот  г) сложные эфиры глицерина и высших жирных карбоновых кислот, являются важнейшими источниками энергии</p>	а)	Молекулярная генетика
ОПК-5	<p>ПРЕДМЕТОМ ИЗУЧЕНИЯ МЕТАГЕНОМИКИ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТАГЕНОМ ЧЕЛОВЕКА, КАК:</p> <p>а) совокупность экспрессированных белков в данном типе клеток или в организме, в данный период времени при данных условиях  б) вся информация о сообществе микроорганизмов, населяющих организм (человека)  в) вся информация об устойчивых модификациях ДНК, влияющих на функцию ДНК  г) вся информация в РНК в данной клетке/ткани (динамическая информация об экспрессии генов)  д) вся информация о последовательности ДНК отдельного организма/клетки</p>	б)	Молекулярная генетика
ОПК-5	<p>ПОЛНОГЕНОМНОЕ СЕКВЕНИРОВАНИЕ КАК МЕТОД МОЛЕКУЛЯРНОЙ ГЕНЕТИКИ ОСНОВАНО НА:</p> <p>а) прочтении практически всей геномной ДНК, включая некодирующие последовательности  б) анализе определенного набора диагностически значимых генов  в) оценке всех кодирующих последовательностей генома</p>	а)	Молекулярная генетика

	<p>г) использовании чрезвычайно термостойких ДНК-полимераз</p> <p>д) денатурации ДНК исследуемого образца и их последующей ренатурации в присутствии специфического олиго- или полинуклеотида ДНК-зонда</p>		
ОПК-5	<p>МАКСИМАЛЬНАЯ СТЕПЕНЬ КОНДЕНСАЦИИ ХРОМАТИНА, ОБЕСПЕЧИВАЮЩАЯ РАВНОМЕРНОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ НАСЛЕДСТВЕННОГО МАТЕРИАЛА В ПРОЦЕССЕ ДЕЛЕНИЯ КЛЕТКИ, ДОСТИГАЕТСЯ НА:</p> <p>а) нуклеосомном уровне компактизации</p> <p>б) хроматидном уровне компактизации</p> <p>в) соленоидном уровне компактизации</p> <p>г) петлевом уровне компактизации</p> <p>д) доменном уровне компактизации</p>	б)	Молекулярная генетика
ОПК-5	<p>МАКСИМАЛЬНАЯ КОНДЕНСАЦИЯ ХРОМАТИНА В ХОДЕ СПЕРМИОГЕНЕЗА ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ ДНК СПЕРМАТОЗОИДОВ В ПРОЦЕССЕ ОПЛОДОТВОРЕНИЯ, ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ:</p> <p>а) гистоном Н1</p> <p>б) негистоновыми белками</p> <p>в) тестис-вариантами гистоновых белков</p> <p>г) гистонами Н2а и Н2в</p> <p>д) протаминами</p>	д)	Молекулярная генетика
ОПК-5	<p>СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ВОЗБУЖДЕНИЯ В МЫШЦАХ</p> <p>а) Изменения рН</p> <p>б) Выделение тепла</p> <p>в) Сокращение</p> <p>г) Обратимые структурные изменения</p> <p>д) Изменение заряда</p>	в)	Нормальная физиология
ОПК-5	<p>ПРИ ДЕЙСТВИИ ОПТИМАЛЬНОГО РАЗДРАЖИТЕЛЯ ВОЗБУДИМОСТЬ</p> <p>а) Падает до нуля</p> <p>б) Повышается</p> <p>в) Исчезает</p> <p>г) Не меняется</p> <p>д) Максимальная</p>	б)	Нормальная физиология
ОПК-5	<p>НА КАКОМ СРОК ВРАЧ МОЖЕТ ПРОДЛЯТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ:</p> <p>а) До 3 суток</p> <p>б) До 10 суток</p> <p>в) До 15 суток</p> <p>г) До 30 суток</p> <p>д) Вопрос решается индивидуально</p>	б)	Урология
ОПК-5	<p>ЧЕРЕЗ 10 ЧАСОВ ПОСЛЕ АДЕНОМЭКТОМИИ КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ЛОЖА АДЕНОМЫ. ТАМПОНАДА ПУЗЫРЯ. ПОСЛЕДУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ,</p>	г)	Урология

	<p><b>КРОМЕ</b></p> <p>а) продолжения гемостатической терапии</p> <p>б) экстренной рецистотомии, тампонады ложа аденомы марлевым тампоном</p> <p>в) отмывания сгустков крови из пузыря по эвакуатору</p> <p>г) установки катетера Нелатона по уретре</p> <p>д) консервативная гемостатическая терапия</p>		
ОПК-5	<p>У БОЛЬНОГО НАГНОЕНИЕ ПОЯСНИЧНОЙ РАНЫ ПОСЛЕ ПИЕЛОЛИТОТОМИИ. ЕМУ НЕОБХОДИМО</p> <p>а) увеличить дозу антибиотиков</p> <p>б) промывать рану раствором антибиотиков</p> <p>в) раскрыть рану с последующими перевязками 2 раза в сутки, тампоны с гипертоническим раствором хлористого натрия или сернокислой магнезии</p> <p>г) тампоны на рану с мазью Вишневского</p> <p>д) назначение только антибактериальной терапии</p>	в)	Урология
ОПК-5	<p>ВО ВРЕМЯ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ С БОЛЬШОЙ КРОВОПОТЕРЕЙ У БОЛЬНОЙ ПРОШИТЫ ОБА МОЧЕТОЧНИКА, РАЗВИЛАСЬ АНУРИЯ. ЕЙ НЕОБХОДИМЫ</p> <p>а) повторная ревизия раны, снятие швов с мочеточников</p> <p>б) уретерокутанеостомия с одной или двух сторон</p> <p>в) пункционная или операционная нефростомия с одной стороны</p> <p>г) уретероцистонеостомия или операция Боари</p> <p>д) продолжение консервативного лечения</p>	в)	Урология
ОПК-5	<p>У БОЛЬНОГО НОЖЕВОЕ РАНЕНИЕ МОЧЕТОЧНИКА 12 ЧАСОВ НАЗАД, МОЧЕВОЙ ЗАТЕК В ЗАБРЮШИННОЕ ПРОСТРАНСТВО. ЕМУ НЕОБХОДИМЫ</p> <p>а) катетеризация мочеточника</p> <p>б) операционная нефростомия</p> <p>в) пункционная нефростомия</p> <p>г) ревизия, ушивание мочеточника, нефростомия</p> <p>д) установление стента в мочеточник</p>	г)	Урология
ОПК - 5	<p>ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ</p> <p>а) наличием капсулы</p> <p>б) инфильтративным ростом в окружающие органы и ткани</p> <p>в) снижением силы сцепления клеток</p> <p>г) оттиснением окружающих тканей</p>	б	Онкология
ОПК-5	<p>ЕСЛИ ТРУДОСПОСОБНОСТЬ БОЛЬНОГО ВОССТАНОВИЛАСЬ ВО ВРЕМЯ ЛЕЧЕНИЯ В СТАЦИОНАРЕ, ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЗАКРЫВАЮТ:</p> <p>а) Днем обращения больного к врачу в поликлинику</p>	б)	Факультетская хирургия

	б) В день выписки из стационара в) Через 3 дня после выписки г) Все перечисленное верно д) Вопрос решается индивидуально		
ОПК-5	ВЕЩЕСТВО, ВЫЗЫВАЮЩЕЕ У ЧЕЛОВЕКА СОСТОЯНИЕ ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ (АЛЛЕРГИИ) НАЗЫВАЕТСЯ а) аллерген б) гаптен в) экзоаллерген г) эндоаллерген д) аутоантиген	а)	Факультетская терапия
ОПК-5	ДЛЯ НАСЛЕДСТВЕННОГО АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОГО ОТЁКА ХАРАКТЕРНЫ а) нормальный уровень компонентов комплемента С2, С4 в сыворотке крови б) сниженный уровень компонентов комплемента С2, С4 в сыворотке крови в) нормальный уровень ингибитора С1-эстеразы в сыворотке крови г) повышенный уровень ингибитора С1-эстеразы в сыворотке крови д) высокий уровень иммуноглобулина Е	б)	Факультетская терапия
ОПК-5	ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ (ПЕРВИЧНЫЙ КОЖНЫЙ ЭЛЕМЕНТ) КРАПИВНИЦЫ ЯВЛЯЕТСЯ а) узелок б) фликтена в) гнойничок г) волдырь д) пятно	г)	Факультетская терапия
ОПК-5	ДОСТОВЕРНЫЙ МЕТОД СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЭТО а) провокационный ингаляционный тест б) провокационный назальный тест в) РАСТ г) кожные аллергические пробы д) конъюнктивальный тест	а)	Факультетская терапия
ОПК-5	АЛЛЕРГИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ IV ТИПА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ а) пищевой аллергии б) системной красной волчанки в) аллергический контактный дерматит г) лекарственной аллергии д) аллергического альвеолита	в)	Факультетская терапия
ОПК-5	ДЛЯ СИНДРОМА ЛАЙЕЛЛА ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ а) Никольского б) Воскресенского в) Пастернацкого	а)	Факультетская терапия

	г) Ровзинга д) Грейвса		
ОПК-5	ПАТОГЕНЕЗ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА В СТАДИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЭТО а) действие образовавшихся медиаторов на клетки, ткани и органы б) действие реагинов на организм в) действие иммуноглобулинов IgE г) действие иммуноглобулинов IgG д) действие острофазовых протеинов	в)	Факультетская терапия
ОПК-5	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СИМПТОМ «ДИСФАГИЯ» ТРАКТУЕТСЯ КАК а) поперхивание при глотании пищи б) чувство затруднения прохождения пищи по пищеводу, необходимость запивать твердую пищу в) чувство боли за грудиной при глотании пищи г) постоянное чувство полноты за грудиной д) рвота или срыгивание в момент приема пищи	б)	Факультетская хирургия
ОПК-5	ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ КОНКРЕМЕНТЫ ВОСНОВНОМ ОБРАЗУЮТСЯ а) во внутрипеченочных желчных путях б) в общем печеночном протоке в) в желчном пузыре г) в общем желчном протоке д) в вирсунговом протоке	в)	Факультетская хирургия
ОПК-5	К ОСТРОМУ ХОЛЕЦИСТИТУ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ а) язвенная болезнь желудка и 12п. кишки б) хронический панкреатит в) вирсунголитиаз г) острая кишечная инфекция д) острая закупорка пузырного протока	д)	Факультетская хирургия
ОПК-5	К ГНОЙНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ЛЕГКИХ ОТНОСИТСЯ а) киста б) свищ бронхиальный в) эмпиема г) абсцесс д) бронхоэктатическая болезнь	г)	Факультетская хирургия
ОПК-5	К ХРОНИЧЕСКИМ АБСЦЕССАМ ЛЕГКОГО ОТНОСЯТСЯ СУЩЕСТВУЮЩИЕ а) 2 недели б) 1 месяц в) 2 месяца г) 3 месяца д) 6 месяцев	в)	Факультетская хирургия
ОПК-5	ВОСПАЛЕНИЕ – ЭТО а) патологическая реакция б) патологическое состояние в) симптомокомплекс г) типовой патологический процесс д) болезнь	г)	Патологическая физиология
ОПК-5	ЛИХОРАДКА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ	в)	Патологическая



	<p>а) физиологическую реакцию  б) патологическую реакцию  в) типовой патологический процесс  г) патологической состоянии  д) болезнь</p>		физиология
ОПК-5	<p>ОТЕК ЭТО</p> <p>а) скопление жидкости в интерстициальном водном секторе организма  б) увеличение общего содержания жидкости в организме  в) скопление жидкости в подкожной клетчатки  г) увеличение жидкости в интраваскулярном водном секторе организма  д) скопление жидкости в полостях тела</p>	а)	Патологическая физиология
ОПК-5	<p>ВОДЯНКА ЭТО</p> <p>а) скопление жидкости в интерстициальном водном секторе организма  б) увеличение общего содержания жидкости в организме  в) скопление жидкости в подкожной клетчатки  г) увеличение жидкости в интраваскулярном водном секторе организма  д) скопление жидкости в полостях тела</p>	д)	Патологическая физиология
ОПК-5	<p>КЕТОАЦИДЕМИЧЕСКАЯ КОМА РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ</p> <p>а) гипернатриемии  б) передозировке инсулина  в) гипокапнии  г) гипергликемии  д) гиперкетонемии</p>	д)	Патологическая физиология
ОПК-5	<p>ГИПЕРОСМОЛЯРНАЯ КОМА РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ</p> <p>а) гипернатриемии  б) передозировке инсулина  в) гипокапнии  г) гипергликемии  д) гиперкетонемии</p>	г)	Патологическая физиология
ОПК-5	<p>АНЕМИЯ – ЭТО</p> <p>а) уменьшение объема циркулирующей крови  б) уменьшение кислородной емкости крови  в) уменьшение содержания лейкоцитов единице объема крови  г) уменьшение содержания эритроцитов и гемоглобина в единице объема крови  д) уменьшение содержания кислорода в крови</p>	г)	Патологическая физиология
ОПК-5	<p>ЛЕЙКОЦИТОЗ – ЭТО</p> <p>а) уменьшение кислородной емкости крови  б) увеличение числа лейкоцитов в единице объема крови  в) уменьшение числа лейкоцитов в единице объема крови  г) опухоль кроветворной ткани</p>	б)	Патологическая физиология

	д) уменьшение содержания кислорода в крови		
ОПК-5	МИОКАРДИАЛЬНАЯ ФОРМА СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ а) клапанных пороков сердца б) артериальной гипертензии в) артериовенозного шунтирования крови г) коарктации аорты д) миокардитов	д)	Патологическая физиология
ОПК-5	ФИЗИОЛОГИЯ ЧЕЛОВЕКА ИЗУЧАЕТ а) Строение и развитие всех органов и систем б) Развитие заболеваний в) Нарушение работы органов и систем г) Причины заболеваний д) Механизмы регуляции функций и деятельность организма	д)	Нормальная физиология
ОПК-5	КАКАЯ ОСОБЕННОСТЬ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ СОСУДОВ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ? а) Наличие в стенках хорошо выраженных эластических волокон. б) Отрицательные величины давления крови. в) Относительно низкая скорость движения крови. г) Наличие пульсирующего кровотока. д) Высокая линейная скорость кровотока	в)	Нормальная физиология
ОПК-5	В КАКИХ УЧАСТКАХ ЛЕГКИХ КРОВОТОК САМЫЙ ВЫСОКИЙ? а) В участках, примыкающих к париетальной плевре. б) В нижних долях. в) В области корня. г) В верхних долях. д) Существенной разницы нет	б)	Нормальная физиология
ОПК-5	КАКОВЫ ФУНКЦИИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ? а) Дыхательная. б) Дыхательная, защитная, метаболическая, пищеварительная. в) Дыхательная, защитная, метаболическая, терморегуляторная. г) Дыхательная, выделительная, терморегуляторная, голосообразовательная, метаболическая. д) Дыхательная, кроветворная.	г)	Нормальная физиология
ОПК-5	ПРИЧИНА АНЕМИИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ БОЛЬШЕЙ ЧАСТИ ЖЕЛУДКА СВЯЗАНА С НАРУШЕНИЕМ а) секреции желудочного сока б) моторики в) выработки внутреннего фактора Кастла г) выработки пепсиногенов д) выработки гастрина	в)	Нормальная физиология
ОПК-5	ОСНОВНОЙ ФАКТОР, ПРОФИЛАКТИРУЮЩИЙ ЗАСТОЙ ЖЕЛЧИ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ	г)	Нормальная физиология

	<p>а) редкий приём пищи  б) жирная пища  в) солёная пища  г) частый приём, небольшими порциями  д) приём пищи ночью</p>		
ОПК-5	<p>ПРИЧИНОЙ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) спинальный шок  б) нарушение выработки дофамина в чёрной субстанции  в) возбуждение ассоциативных ядер таламуса  г) децеребрационная ригидность  д) торможение бледного шара</p>	б)	Нормальная физиология
ОПК-5	<p>РЕФЛЕКС ДАНИНИ-АШНЕРА ПОЗВОЛЯЕТ СНИЗИТЬ</p> <p>а) Выработку желудочного сока  б) Частоту сердечных сокращений  в) Секрецию слюны  г) Образование мочи  д) Частоту дыхания</p>	б)	Нормальная физиология
ОПК-5	<p>КРЕТИНИЗМ У ДЕТЕЙ СВЯЗАН С НАРУШЕНИЕМ ВЫРАБОТКИ ГОРМОНОВ</p> <p>а) Гипофиза  б) Половых желез  в) Надпочечников  г) Гипоталамуса  д) Щитовидной железы</p>	д)	Нормальная физиология
ОПК-5	<p>КАКОВА РОЛЬ БЕЛКОВ ПЛАЗМЫ КРОВИ?</p> <p>а) Поддержание рН, суспензионных свойств, транспорт газов.  б) Поддержание рН, участие в иммунных и гемостатических реакциях, защитная и трофическая функции.  в) Создание онкотического давления плазмы, участие в водном обмене, защитных и метаболических реакциях в качестве легко мобилизуемого источника энергии.  г) Поддержание рН, создание онкотического давления, снижение вязкости крови, участие в иммунных реакциях.  д) Поддержание осмотического давления</p>	б)	Нормальная физиология
ОПК-5	<p>ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ СРОКИ НАЗНАЧЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ ПРИ ПНЕВМОНИИ</p> <p>а) До нормализации температуры.  б) До полного рассасывания инфильтрата в легком.  в) До нормализации СОЭ.  г) До 3-4 день стойкой нормализации температуры.  д) До момента исчезновения кашля</p>	г)	клиническая фармакология
ОПК-5	<p>ПРИ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН</p> <p>а) тетрациклин</p>	а)	Клиническая фармакология

	б) ванкомицин в) линкомицин г) гентамицин д) оксациллин		
ОПК-5	К БЛОКАТОРАМ NA-КАНАЛОВ ОТНОСИТСЯ а) мебеверин б) платифиллин в) дицетел г) спазмонет д) тримебутин	а)	Клиническая фармакология
ОПК-5	В СОСТАВ ЛАКТОФИЛЬТРУМА ВХОДИТ а) лигнин и лактулоза б) лактоза и активированный уголь в) лактулоза и активированный уголь г) лактитол и лигнин д) соя лактум и активированный уголь	а)	Клиническая фармакология
ОПК-5	5. АНТАЦИДЫ НАЗНАЧАЮТСЯ а) во время еды б) за 1 час до еды в) за 3 часа до еды г) через 3 часа после еды д) сразу после еды	б)	Клиническая фармакология
ОПК-5	ИПП АКТИВИРУЕТСЯ ПРИ PH а) 5,5 и выше б) до 3х в) более 7 г) менее 1 д) от 2х до 3х	г)	Клиническая фармакология
ОПК-5	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДИАРЕИ, ВЫЗВАННОЙ ПИЩЕВЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ У ДЕТЕЙ И ИНТОКСИКАЦИЕЙ У ВЗРОСЛЫХ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ а) лоперамид б) де-нол в) энтерофурил г) месалазин д) альмагель	в)	Клиническая фармакология
ОПК-5	ФАКТОРОМ РАЗВИТИЯ РИСКА ССЗ ЯВЛЯЕТСЯ а) низкая масса тела при рождении б) пол в) молодой возраст г) курение д) белая раса	г)	Госпитальная терапия
ОПК-5	ПЕЧЕНЬ ВЫПОЛНЯЕТ ВАЖНУЮ РОЛЬ В ОБМЕНЕ ЖЕЛЧНЫХ ПИГМЕНТОВ, КОТОРЫЕ ОБРАЗУЮТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ КАТАБОЛИЗМА а) хиломикронов б) гликозаминогликанов в) ферритина г) трансферрина д) гема	д)	Биохимия

ОПК-5	<p>НЕДОСТАТОК ЛИПОТРОПНЫХ ФАКТОРОВ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ СИНТЕЗА ФОСФОЛИПИДОВ, ПРИВОДИТ</p> <p>а) протеинурии  б) гипогликемии  в) жировой инфильтрации печени  г) гиперпротеинемии  д) диспротеинемии</p>	в)	Биохимия
ОПК-5	<p>ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ГОЛОДАНИИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ ПОДДЕРЖИВАЕТСЯ ЗА СЧЕТ АКТИВАЦИИ</p> <p>а) гликолиза  б) глюконеогенеза  в) пентозофосфатного пути  г) синтеза гликогена  д) кетогенеза</p>	б)	Биохимия
ОПК-5	<p>ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ</p> <p>а) 65-85 г /л  б) 30-50 г/л  в) 3,3-5,5 ммоль/л  г) 2,9 -8,3 ммоль/л  д) 3,3 -6,1 мг%</p>	в)	Биохимия
ОПК-5	<p>ХАРАКТЕРИСТИКА ОЧАГА ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ 1 ГРУППЫ</p> <p>а) пациент является бактериовыделителем, в очаге отсутствуют дети и беременные женщины, квартира благоустроенная  б) пациент является бактериовыделителем, проживает в студенческом общежитии  в) зоонозный очаг туберкулеза  г) в очаге проживал больной, который умер от туберкулеза д) в очаге проживает пациент с туберкулезом почки с бактериовыделением, детей и беременных женщин в очаге нет</p>	б)	Фтизиатрия
ОПК-5	<p>БОЛЬНОЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЗАНИМАЕТ ВЫНУЖДЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ</p> <p>а) на здоровом боку  б) ортопноэ  в) коленно-локтевое  г) на больном боку  д) горизонтальное</p>	б)	Пропедевтика внутренних болезней
ОПК-5	<p>ГЕМИПЛЕГИЧЕСКАЯ ПОХОДКА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ БОЛЬНЫХ</p> <p>а) инсультами;  б) с истощающими хроническими заболеваниями  в) ревматическим артритом  г) пожилого возраста  д) с окклюзией сосудов нижних конечностей</p>	а)	Пропедевтика внутренних болезней
ОПК-5	«ЛИЦО КОРВИЗАР» - СИМПТОМ	г)	Пропедевтика

	<p>а) пороков митрального клапана  б) микседемы  в) перитонита  г) сердечной недостаточности  д) септической лихорадки</p>		внутренних болезней
ОПК-5	<p>В ПЕРВУЮ СТАДИЮ КРУПОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ НАД ЗОНОЙ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ПЕРКУССИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ</p> <p>а) коробочный звук  б) ясный легочный звук  в) тимпанический звук  г) притуплено-тимпанический звук  д) тупой звук</p>	г)	Пропедевтика внутренних болезней
ОПК-5	<p>АУСКУЛЬТАТИВНО ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ НА ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ</p> <p>а) акцент II тона  б) правильное соотношение тонов  в) «хлопающий» I тон  г) раздвоение II тона  д) ослабление I тона</p>	в)	Пропедевтика внутренних болезней
ОПК-5	<p>ДЕФИНИТИВНЫЙ РОСТ ЧЕЛОВЕКА ОБУСЛОВЛЕН В ОСНОВНОМ</p> <p>а) состоянием здоровья  б) физическим развитием  в) генетическими данными  г) перинатальными факторами  д) психологическим семейным климатом</p>	в)	Подростковая служба
ОПК-5	<p>СОГЛАСНО ОПРЕДЕЛЕНИЮ ВОЗ, ПОДРОСТКАМИ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ ЛИЦ В ВОЗРАСТЕ</p> <p>а) 12-18 лет  б) 10-20 лет  в) 10-15 лет  г) 12-20 лет  д) 9-10 лет</p>	а)	Подростковая служба
ОПК-5	<p>ОСНОВУ ПЕРИОДИЗАЦИИ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА ПО ТАННЕРУ СОСТАВЛЯЕТ</p> <p>а) паспортный возраст  б) стадия полового созревания  в) скелетная зрелость  г) время наступления менархе  д) время появления постоянных зубов</p>	б)	Подростковая служба
ОПК-5	<p>ДЛЯ ОЦЕНКИ ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ У ПОДРОСТКОВ ИСПОЛЬЗУЮТ</p> <p>а) уровень и гармоничность физического развития  б) уровень и гармоничность полового развития  в) уровень резистентности организма  г) наличие или отсутствие хронических заболеваний д) вышеперечисленное</p>	д)	Подростковая служба
ОПК-5	<p>ДЕЙСТВИЕ ГОРМОНА ОБУСЛАВЛИВАЕТ БОЛЕЕ ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА У</p>	а)	Подростковая служба

	<p>ЮНОШЕЙ</p> <p>а) СТГ</p> <p>б) ЛГ</p> <p>в) тестостерон</p> <p>г) АКТГ</p> <p>д) ТТГ</p>		
ОПК-5	<p>ДЕЙСТВИЕ ГОРМОНА ВЫЗЫВАЕТ ПОЯВЛЕНИЕ ОВОЛОСЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ</p> <p>а) ФСГ</p> <p>б) ЛГ</p> <p>в) стероидные надпочечниковые гормоны</p> <p>г) тестостерон</p> <p>д) эстрадиол</p>	в)	Подростковая служба
ОПК-5	<p>МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛУДОЧНО-ДУОДЕНАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) рентгеноскопия ЖКТ с барием</p> <p>б) обзорный снимок юрюшной полости</p> <p>в) УЗИ брюшной полости</p> <p>г) эзофагогастродуоденоскопия</p> <p>д) колоноскопия</p>	г)	Подростковая служба
ОПК-5	<p>СОДЕРЖАНИЕ SiO<sub>2</sub> В ВЫСОКОАГРЕССИВНОЙ ПЫЛИ</p> <p>а) менее 2%</p> <p>б) 2-5%</p> <p>в) 5-10%</p> <p>г) более 10%</p> <p>д) 30-50%</p>	г)	Профессиональные болезни
ОПК-5	<p>ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПНЕВМОКОНИОЗА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) ФБС</p> <p>б) спирография</p> <p>в) КЩС</p> <p>г) рентгенография ОГК</p> <p>д) анализ мокроты</p>	г)	Профессиональные болезни
ОПК-5	<p>СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ БРОНХИТА ОЦЕНИВАЕТСЯ</p> <p>а) по эндоскопической картине</p> <p>б) по рентгенологической картине</p> <p>в) по величине ЖЕЛ</p> <p>г) по величине ОФВ1</p> <p>д) по количеству и характеру мокроты</p>	г)	Профессиональные болезни
ОПК-5	<p>ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КАПИЛЛЯРОСКОПИИ КОЛИЧЕСТВО КАПИЛЛЯРНЫХ ПЕТЕЛЬ В 1 ММ В НОРМЕ</p> <p>а) 1-2</p> <p>б) 2-4</p> <p>в) 4-6</p> <p>г) 6-8</p> <p>д) 8-10</p>	д)	Профессиональные болезни
ОПК-5	<p>ЛЕГКАЯ СТЕПЕНЬ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ БЕНЗОЛОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p>	а)	Профессиональные болезни

	<p>ИЗМЕНЕНИЯМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ В ВИДЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) нестойкой лейкопенией</li> <li>б) лимфоцитоза</li> <li>в) тромбоцитопении</li> <li>г) тромбоцитоза</li> <li>д) анемии</li> </ul>		
ОПК-5	<p>ОСНОВНЫМ ПУТЕМ ПОПАДАНИЯ СВИНЦА В ОРГАНИЗМ В ПРОМЫШЛЕННЫХ УСЛОВИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) ингаляционный путь</li> <li>б) через ЖКТ</li> <li>в) через неповрежденные кожные покровы</li> <li>г) через поврежденные кожные покровы</li> <li>д) через слизистые оболочки</li> </ul>	а)	Профессиональные болезни
ОПК-5	<p>НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫ К ДЕЙСТВИЮ СВИНЦА СЛЕДУЮЩИЕ ФЕРМЕНТЫ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) дегидратаза АЛК, гем-синтетаза</li> <li>б) АСТ, АЛТ</li> <li>в) холинэстераза</li> <li>г) щелочная фосфотаза</li> <li>д) ГМГ-КоА-редуктаза</li> </ul>	а)	Профессиональные болезни
ОПК-5	<p>НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЮ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) УЗИ почек.</li> <li>б) Экскреторная урография.</li> <li>в) Липидограмма.</li> <li>г) Определение общего холестерина.</li> <li>д) Проба Зимницкого.</li> </ul>	в)	Кардиология и ССХ
ОПК-5	<p>ПРИ НОРМАЛЬНОМ УРОВНЕ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА ПРИЕМ СТАТИНОВ БУДЕТ ПОКАЗАН:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) Только лицам с ранее перенесенным инфарктом.</li> <li>б) Никому из перечисленных.</li> <li>в) Лицам с ИБС.</li> <li>г) Всем мужчинам старше 50 лет</li> <li>д) Всем людям с ожирением.</li> </ul>	в)	Кардиология и ССХ
ОПК-5	<p>ПРОДУКТАМИ С ПОВЫШЕННЫМ СОДЕРЖАНИЕМ ХОЛЕСТЕРИНА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) Оливкового масла.</li> <li>б) Свинины.</li> <li>в) Баранины.</li> <li>г) Яичного желтка.</li> <li>д) Кожи птицы.</li> </ul>	а)	Кардиология и ССХ
ОПК-5	<p>ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СПОНТАННОЙ (ВАЗОСПАСТИЧЕСКОЙ) СТЕНОКАРДИИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) пробы с физической нагрузкой</li> <li>б) пробы с дипиридамолом</li> <li>в) пробы с эргометрином</li> </ul>	в)	Кардиология и ССХ



	г) пробы с изопротеренолом д) чреспищеводной электрической стимуляции сердца		
ОПК-5	ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ РЕЖЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЕТ У ПАЦИЕНТОВ а) с митральной недостаточностью б) с аортальной недостаточностью в) с дефектом межпредсердной перегородки г) с дефектом межжелудочковой перегородки д) с открытым аортальным протоком	в)	Кардиология и ССХ
ОПК-5	САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ а) хронические неспецифические заболевания легких б) интерстициальные заболевания легких в) поражения сосудов легких г) выраженная деформация грудной клетки д) ожирение	а)	Кардиология и ССХ
ОПК-5	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ ДЛЯ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ а) боль в грудной клетки б) кратковременная потеря сознания в) кровохарканье г) внезапная одышка и ортопноэ д) внезапная одышка без ортопноэ	д)	Кардиология и ССХ
ОПК-5	ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ НЕОСЛОЖНЁННОЙ ФОРМЫ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ а) биохимический анализ крови б) УЗИ в) РХПГ г) внутривенная холангиография д) МСКТ с болюсным контрастированием	б)	ПП Неотложные медицинские манипуляции пациентам хирургического профиля
ОПК-5	К ОСНОВНОМУ СИМПТОМУ ПЕРИТОНИТА ОТНОСЯТ а) рвота б) боли в животе в) кровавый стул г) задержка стула и газов д) напряжение мышц передней брюшной стенки	д)	ПП Неотложные медицинские манипуляции пациентам хирургического профиля
ОПК-5	К ОСЛОЖНЕНИЯМ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ОТНОСЯТ а) пигментацию кожи б) индурацию подкожной клетчатки в) трофические язвы г) тромбофлебит д) слоновость	г)	ПП Неотложные медицинские манипуляции пациентам хирургического профиля
ОПК-5	СИМПТОМ ТРОЯНОВА - ТРЕНДЕЛЕНБЕРГА СЛУЖИТ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ а) недостаточности остиального клапана при варикозном расширении вен нижних конечностей	б)	ПП Неотложные медицинские манипуляции пациентам

	<p>б) острого тромбоза глубоких вен бедра</p> <p>в) синдрома Лериша</p> <p>г) посттромбофлебитической болезни</p> <p>д) болезни Бюргера</p>		хирургического профиля
ОПК-5	<p>МАРШЕВАЯ ПРОБА ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ</p> <p>а) несостоятельных коммуникативных вен</p> <p>б) проходимости глубоких вен нижних конечностей</p> <p>в) недостаточности артериального кровообращения в нижних конечностях</p> <p>г) тромбоза подколенной артерии</p> <p>д) острого тромбоза</p>	б)	ПП Неотложные медицинские манипуляции пациентам хирургического профиля
ОПК-5	<p>ПРОБА ПРЕТТА ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ</p> <p>а) проходимости глубоких вен нижних конечностей</p> <p>б) недостаточности артериального кровообращения в нижних конечностях</p> <p>в) несостоятельных коммуникативных вен</p> <p>г) острого тромбоза</p> <p>д) тромбоза подколенной артерии</p>	в)	ПП Неотложные медицинские манипуляции пациентам хирургического профиля
ОПК-5	<p>ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА КРОВОТОЧАЩЕЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ:</p> <p>а) анализ кала на скрытую кровь</p> <p>б) контрастную рентгеноскопию желудка</p> <p>в) анализ желудочного сока на скрытую кровь</p> <p>г) фиброгастроскопию</p> <p>д) определение гемоглобина и гематокрита</p>	г)	ПП Неотложные медицинские манипуляции пациентам хирургического профиля
ОПК-5	<p>МЕТАСТАЗЫ КАРЦИНОИДА В ПЕЧЕНЬ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОПУХОЛИ:</p> <p>а) в тощей кишке</p> <p>б) в подвздошной кишке</p> <p>в) в червеобразном отростке</p> <p>г) в толстой кишке</p> <p>д) в прямой кишке</p>	б)	ПП Неотложные медицинские манипуляции пациентам хирургического профиля
ОПК-5	<p>ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ БА ПРОВОДИТСЯ</p> <p>а) формотеролом</p> <p>б) сульбатоном</p> <p>в) эуфиллином</p> <p>г) пульмикортом</p> <p>д) адреналином</p>	г)	Детские болезни
ОПК-5	<p>ПРЕПАРАТ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО БРОНХОСПАСТИЧЕСКОГО СИНДРОМА</p> <p>а) недокромил</p> <p>б) сальбутамол</p> <p>в) флюдитек</p> <p>г) АЦЦ</p> <p>д) пульмикорт</p>	б)	Детские болезни
ОПК-5	<p>ПРИ СНИЖЕНИИ УРОВНЯ АЛЬБУМИНА</p>	а)	Детские болезни

	<p>ПЛАЗМЫ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ОНКОТИЧЕСКОГО И ФИЛЬТРАЦИОННОГО ДАВЛЕНИЯ МОГУТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ РАСТВОРЫ</p> <p>а) плазмы б) альбумина в) гемодеза г) реополиглюкина д) отмытые эритроциты</p>		
ОПК-5	<p>ПРЕПАРАТ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОРВИ</p> <p>а) амоксициллин б) генферон-лайт в) флюдитек г) парацетамол д) имудон</p>	б)	Детские болезни
ОПК-5	<p>АНТИДОТОМ ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ ВИТАМИНА D ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) витамин А б) витамин К в) витамин В12 г) витамин В1 д) витамин F</p>	а)	Детские болезни
ОПК-5	<p>ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ ТИПИЧНОЙ О. ПНЕВМОНИИ ПРЕДПОЛАГАЕТ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ</p> <p>а) вильпрофена б) ванкомицина в) кларитромицина г) амоксиклава д) метронидазола</p>	г)	Детские болезни
ОПК-5	<p>ЭТИОТРОПНЫМ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ГРИППЕ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) виферон б) амиксин в) осциллококцидум г) арбидол д) анаферон</p>	г)	Детские болезни
ОПК-5	<p>В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ. ПРОВОДИМЫХ ПАЦИЕНТУ С ИКСОДОВЫМ БОРРЕЛИОЗОМ, ПРИОРИТЕТНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ</p> <p>а) хирургическое лечение б) иммунотерапия в) дезинтоксикационная терапия г) антибактериальная терапия д) витаминотерапия</p>	г)	Неврология
ОПК-5	<p>ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КАТАРАЛЬНОМ РИНИТЕ ВЫПОЛНЯЮТСЯ ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ</p> <p>а) хирургическое пособие: аденотомия, удаление гипертрофированных задних концов носовых раковин, хоанального полипа</p>	а)	ЛОР

	б) парамеатальные блокады в) продувание слуховых труб г) вибромассаж барабанной перепонки д) физиолечение		
ОПК-5	ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ЮНОШЕСКОЙАНГИОФИБРОМЫ НОСОГЛОТКИ ЯВЛЯЕТСЯ а) затрудненное носовое дыхание б) носовое кровотечение в) готическое небо г) деформация лица д) замещение окружающих тканей	б)	ЛОР
ОПК-5	ПРИ СТЕНОЗЕ ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ ВЫПОЛНЯЮТ ТРАХЕОСТОМИЮ а) нижняя трахеостомия б) верхняятрахеостомия в) по Бьерку г) средняя трахеостомия д) коникотомия	а)	ЛОР
ОПК-5	МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ЛАРИНГИТА а) антибактериальная б) вливание лекарственных веществ в гортань в) ингаляция г) прижигание слизистой д) противоотечная терапия	б)	ЛОР
ОПК-5	ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ ОЗЕНЫ а) зловонный насморк б) отсутствие обоняния в) вязкий секрет г) широкие носовые ходы д) гипертрофия носовых раковин	а)	ЛОР
ОПК-5	ПУНКТЫ РАЗВЕРТЫВАЕМЫЕ ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ НА ПЕРИОД ЭВАКУАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В БЕЗОПАСНЫЕ МЕСТА а) сортировочный пункт б) распределительный пункт на промежуточных станциях посадки и высадки в) распределительный пункт в очаге ЧС г) распределительный пункт в приемном отделении ЛПУ д) распределительный пункт в загородной зоне	б)	Медицина катастроф
ОПК-5	ОПАСНОСТЬ ОТНОСЯЩАЯСЯ К ТЕХНОГЕННОЙ а) наводнение б) производственные аварии в больших масштабах в) загрязнение воздуха г) природные катаклизмы д) цунами	б)	Медицина катастроф
ОПК-5	СОСТОЯНИЕ, ПРИ КОТОРОМ ПРИЧИННЫЙ ФАКТОР ЗА КОРОТКИЙ ПЕРИОД ВРЕМЕНИ МОЖЕТ НАНЕСТИ ТРАВМУ, ПРИВЕСТИ К ЛЕТАЛЬНОМУ ИСХОДУ а) опасное состояние	б)	Медицина катастроф

	б) чрезвычайно опасное состояние в) комфортное состояние г) допустимое состояние д) экстремальное состояние		
ОПК-5	ПРОЦЕНТ ПРИЧИН АВАРИЙ В КОТОРЫХ ПРИСУТСТВУЕТ РИСК В ДЕЙСТВИИ ИЛИ БЕЗДЕЙСТВИИ НА ПРОИЗВОДСТВЕ а) 70% б) 50% в) 90% г) 100% д) 60%	в)	Медицина катастроф
ОПК-5	МАКСИМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ В ОБЫЧНЫХ УСЛОВИЯХ СОСТАВЛЯЕТ а) 30-40 мин б) 5-6 мин в) 2-3 мин г) 1-2 мин д) 55-60 мин	б)	Медицина катастроф
ОПК-5	ЯРКО-КРАСНЫЙ ЦВЕТ КОЖИ, МЕЛКОТОЧЕСНЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ НА КОЖЕ ГОЛОВЫ, ВЕРХНЕЙ ЧАТИ ГРУДИ, СЛИЗИСТОЙ РТА, В КОНЪЮНКТИВЕ ПРИ ТРАВМЕ ГРУДИ ХАРАКТЕРНЫ: а) для сдавления груди (травматической асфиксии) б) для ушиба грудной стенки в) для сотрясения груди г) для ушиба легкого д) для сдавления средостения при эфиземе	а)	Травматология и ортопедия
ОПК-5	ПРИ НАПРЯЖЕННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ ПРОВОДИТСЯ БЛОКАДА а) блокада места перелома б) вагосимпатическая блокада по Вишневскому в) межреберная блокада г) за грудиной блокада д) блокада по Школьникову-Селиванову	б)	Травматология и ортопедия
ОПК-5	К СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ОТНОСЯТ: а) несколько повреждений в пределах одной анатомической области б) несколько повреждений в различных анатомических областях в) повреждения обусловленные различными повреждающими факторами г) проникающие ранения нескольких полостей д) повреждение нескольких конечностей	б)	Травматология и ортопедия
ОПК-6	КАКОЙ ОПЕРАТИВНО-УЧЕТНЫЙ ДОКУМЕНТ ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ а) экстренное извещение б) медицинская карта амбулаторного больного в) история болезни	а)	Инфекционные болезни

	г) справка д) заключение для лечащего врача		
ОПК-6	ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ СЛЕДУЕТ НАПРАВИТЬ а) в поликлинику по месту жительства б) в территориальную санитарно-эпидемиологическую станцию системы Министерства здравоохранения по месту обнаружения заболевания; в) на место работы больного г) главному врачу д) эпидемиологу стационара	б)	Инфекционные болезни
ОПК-6	ПРИ СБОРЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА НЕОБХОДИМО УКАЗАТЬ а) наличие хронических неинфекционных заболеваний б) наличие аллергии на лекарственные препараты в) наличие травм в детстве г) возможность контакта с заразными больными или животными д) наследственность по различным нозологиям	г)	Инфекционные болезни
ОПК-6	ЖЕЛАЕМОЕ СОСТОЯНИЕ ОБЪЕКТОВ ЗАЩИТЫ а)безопасное б)допустимое в)комфортное г)опасное д)приемлемое	а)	БЖД
ОПК-6	К ПСИХИЧЕСКИМ ПРОЦЕССАМ ОТНОСЯТСЯ а)память и воображение, моральные качества б)характер, темперамент, память в)память, воображение, мышление г)резкость, грубость, рассеянность д)темперамент, рассеянность	в)	БЖД
ОПК-6	К ПСИХИЧЕСКИМ СВОЙСТВАМ ЛИЧНОСТИ ОТНОСЯТСЯ а) характер, темперамент, моральные качества б) память, воображение, мышление в )рассеянность, резкость, грубость г) характер, память, мышление д) характер, рассеянность	а)	БЖД
ОПК-6	ОПТИМАЛЬНОЕ СОЧЕТАНИЕ ПАРАМЕТРОВ МИКРОКЛИМАТА В ЗОНАХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ОТДЫХА ЧЕЛОВЕКА а)комфорт б)среда жизнедеятельности в)допустимые условия г)тепловой комфорт д)оптимальные	а)	БЖД
ОПК-6	ПЕРВАЯ ФАЗА РАБОТОСПОСОБНОСТИ а) высокой работоспособности б) утомление в) вработывания г) средней работоспособности д) приспособляемости	в)	БЖД
ОПК-6	ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЕ ОРГАНИЗМА МОЖЕТ	г)	БЖД

	<p>БЫТЬ ВЫЗВАНО</p> <p>а) повышения температуры  б) понижением влажности  в) при уменьшении теплоотдачи  г) при понижении температуры и увеличении влажности  д) сильным ветром</p>		
ОПК-6	<p>К БИОЛОГИЧЕСКИМ ИСТОЧНИКАМ ГИДРОСФЕРЫ ОТНОСЯТСЯ</p> <p>а) органические микроорганизмы, вызывающие брожение воды  б) микроорганизмы, изменяющие химический состав воды  в) микроорганизмы, изменяющие прозрачность воды  г) пыль  д) дым, газ</p>	а)	БЖД
ОПК-6	<p>РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В КОСТИ ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ ГОДА ПОЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) в первые сутки  б) на 4-5 день  в) на 10-20 день  г) на 6-10 день  д) на 20-31 день</p>	в)	Детская хирургия
ОПК-6	<p>НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВНУТРИКОСТНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ У ДЕТЕЙ 6-8 ЛЕТ</p> <p>а) 10 – 20 мм водного столба  б) 20 – 40 мм водного столба  в) 40 – 60 мм водного столба  г) 60 – 100 мм водного столба  д) свыше 120 мм водного столба</p>	д)	Детская хирургия
ОПК-6	<p>ХАРАКТЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПОЗДНЕЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) Множественные уровни на обзорной рентгенограмме  б) Снижение пневмотизации ЖКТ  в) Два уровня жидкости на обзорной рентгенограмме ОБП в вертикальном положении  г) Симптом «мишени»  д) Повышенная пневматизация ЖКТ</p>	а)	Детская хирургия
ОПК-6	<p>ПОСЛЕДСТВИЯ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ</p> <p>а) астенический синдром лихорадка  б) лучевая болезнь местные лучевые поражения  в) силикоз  г) хронические бронхиты  д) бронхиальная астма</p>	б)	МК
ОПК-6	<p>РАЗНОСТОРОННИЙ ПРОЦЕСС ЧЕЛОВЕЧЕСКИХ УСЛОВИЙ ДЛЯ СВОЕГО СУЩЕСТВОВАНИЯ И РАЗВИТИЯ</p>	б)	МК

	<p>а) жизнедеятельность  б) деятельность  в) безопасность  г) опасность  д) риск</p>		
ОПК-6	<p><b>БЕЗОПАСНОСТЬ</b>  а) состояние деятельности, при которой с определенной вероятностью исключается проявление опасности  б) разносторонний процесс создания человеческим условием для своего существования и развития  в) сложный биологический процесс, который происходит в организме человека и позволяет сохранить здоровье и работоспособность  г) центральное понятие БЖД, которое объединяет явления, процессы, объекты, способные в определенных условиях принести убытие здоровью человеку  д) безопасности человека в различных сферах деятельности</p>	а)	МК
ОПК-6	<p><b>ОПАСНОСТЬ КЛАССИФИЦИРУЮЩАЯСЯ ПО ПРОИСХОЖДЕНИЮ</b>  а) антропогенная  б) импульсивная  в) кумулятивная  г) биологическая  д) абиотическая</p>	а)	МК
ОПК-6	<p><b>ОПАСНОСТИ, КОТОРЫЕ КЛАССИФИЦИРУЮТСЯ СОГЛАСНО СТАНДАРТАМ</b>  а) биологические  б) природные  в) антропогенные  г) экономические  д) производственные</p>	а)	МК
ОПК-6	<p><b>ПОСТРАДАВШИЙ С ПРОДОЛЖАЮЩИМСЯ НАРУЖНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ, ОБЪЕКТИВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ГЕМОРАГИЧЕСКОГО ШОКА ПО ВТОРОМУ СОРТИРОВОЧНОМУ ПРИЗНАКУ ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ №</b>  а) 1  б) 5  в) 3  г) 4  д) 2</p>	д)	МК
ОПК-6	<p><b>ПЕРВЫЙ ПРИЗНАК ФОРМИРОВАНИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ – ЭТО</b>  а) бледность кожи с ее последующим покраснением  б) отслаивание эпидермиса  в) стойкое покраснение кожи</p>	в)	Введение в тер спец



	г) отечность тканей д) наличие некротических тканей		
ОПК-6	ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПРИСТУП ЖЕЛЧНОЙ КОЛИКИ МЕДСЕСТРА ДОЛЖНА а) ввести наркотические анальгетики б) вызвать врача в) дать больному пузырь со льдом г) дать больному термометр д) поставить больному горчичник на правое подреберье	б)	Введение в тер спец
ОПК-6	ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ОКСИГЕНОТЕРАПИЯ а) особенно показана б) абсолютно противопоказана в) может проводиться с осторожностью г) назначается на общих основаниях д) не проводится в связи с техническими трудностями	в)	Введение в тер спец
ОПК-6	ПРИЕМ ХЕЙМЛИХА ПОЗВОЛЯЕТ а) вывести вперед нижнюю челюсть больного б) освободить полость рта от слизи и рвотных масс в) предотвратить перелом ребер г) освободить трахею и бронхи от инородных тел д) убедиться в правильности выполнения реанимационных мероприятий	г)	Введение в тер спец
ОПК-6	ПРИМЕНЕНИЕ ВЛАЖНЫХ КОМПРЕССОВ НА ОБЛАСТЬ ОТСЛОЕНИЯ ЭПИДЕРМИСА а) противопоказано б) возможно в) возможно после обработки кожных покровов г) возможно на непродолжительное время д) возможно, но после снятия компресса кожа должна быть обработана спиртом	а)	Введение в тер спец
ОПК-6	ГЛУБИНА ВВЕДЕНИЯ ИГЛЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПОДКОЖНОЙ ИНЪЕКЦИИ ИНСУЛИНА а) на всю длину иглы б) 1,5-2 см в) 2/3 иглы г) половина иглы д) только срез иглы	а)	Введение в тер спец
ОПК-6	ПУЗЫРЬ СО ЛЬДОМ ПЕРИОДИЧЕСКИ СНИМАЮТ ЧЕРЕЗ а) 2-3 часа б) 20-30 минут в) сутки г) 1-2 часа д) 45-60 минут	б)	Введение в тер спец
ОПК-6	НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ПРОЛЕЖНЕЙ а) изменение положения тела больного в постели б) использование противопролежневых матрасов	б)	Введение в тер спец

	<p>в) использование подкладных кругов</p> <p>г) расправление складок на белье</p> <p>д) обработка тела больного растворами антисептиков</p>		
ОПК-6	<p>ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ДУОДЕНАЛЬНОГО ЗОНДИРОВАНИЯ ИСПОЛЬЗУЮТ</p> <p>а) резиновый зонд диаметром 4-5 мм, длиной до 1,5 м с металлической оливой</p> <p>б) кружку Эсмарха</p> <p>в) толстый желудочный зонд</p> <p>г) резиновый зонд диаметром 4-5 мм, длиной 1 м</p> <p>д) воронку 0,5-2 л и резиновую трубку длиной 1 м</p>	а)	Введение в тер спец
ОПК-6	<p>КРУЖКУ ЭСМАРХА ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ</p> <p>а) сифонной клизмы</p> <p>б) очистительной клизмы</p> <p>в) лекарственной клизмы</p> <p>г) масляной клизмы</p> <p>д) газоотводной трубки</p>	а)	Введение в тер спец
ОПК-6	<p>ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ РЕОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ КРОВИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЕНИЕ</p> <p>а) реополиглюкина</p> <p>б) эуфиллина</p> <p>в) трентала</p> <p>г) фибриногена</p> <p>д) викасола</p>	а)	Неврология, медицинская генетика, нейрохирургия
ОПК-6	<p>ШТЫКООБРАЗНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ НИЖНЕЙ ТРКТИ ПРЕДПЛЕЧЬЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О:</p> <p>а) сгибательном переломе Смита</p> <p>б) разгибательном переломе Коллеса</p> <p>в) винтообразном переломе нижней трети лучевой кости</p> <p>г) переломе Монтеджа</p> <p>д) переломе Галеацци</p>	б)	Травматология и ортопедия
ОПК-6	<p>ПЕРЕЛОМ ПИЛОНА, ЭТО</p> <p>а) внутрисуставной перелом пяточной кости</p> <p>б) внутрисуставной перелом проксимального метаэпифиза большеберцовой кости</p> <p>в) перелом мыщелков плечевой кости</p> <p>г) внутрисуставной перелом дистального метаэпифиза большеберцовой кости</p> <p>д) внесуставной перелом 1 плюсневой кости</p>	г)	Травматология и ортопедия
ОПК-6	<p>В НОРМЕ ШЕЕЧНО-ДИАФИЗАРНЫЙ УГОЛ РАВЕН:</p> <p>а) 70-80</p> <p>б) 85-100</p> <p>в) 125-130</p> <p>г) 45-50</p> <p>д) 100-110</p>	в)	Травматология и ортопедия
ОПК-6	<p>ПОЗДНИМ ВТОРИЧНЫМ ШВОМ НАЗЫВАЕТСЯ ШОВ, НАЛОЖЕННЫЙ:</p> <p>а) в течение первой недели после первичной</p>	в)	Травматология и ортопедия

	хирургической обработки до появления грануляций б) на гранулирующую рану с подвижными краями без наличия рубцов в) на гранулирующую рану с развитием рубцовой ткани после иссечения краев и дна раны г) на раны через один месяц после травмы д) на рану на 2-3 суток после первичной хирургической обработки		
ОПК-6	<b>ЛИНИЯ ДЕМУАЗО, ЭТО</b> а) линия соединяющая седалищный бугор и передне-верхнюю ость подвздошной кости б) дугообразная линия уровня жидкости в плевральной полости в) горизонтальная линия уровня жидкости в плевральной полости г) линия соединяющая надмыщелки плечевой кости д) линия соединяющая правую и левую передне-верхнюю ости подвздошных костей	б)	Травматология и ортопедия
ОПК-6	<b>КАКОЙ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИЙ РАСТВОР ИСПОЛЗУЮТСЯ ДЛЯ ВЛАЖНОЙ УБОРКИ:</b> а) 10% р-р хлорной извести; б) 1% р-р хлорамина; в) 3% р-р перекиси водорода; г) р-р марганцевокислого калия д) дистиллированная вода	б)	ПП ПММП
ОПК-6	<b>С КАКОЙ ЦЕЛЬЮ БОЛЬНЫМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ, СТРАДАЮЩИМ ТЯЖЕЛОЙ ОДЫШКОЙ, РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИНИМАТЬ В ПОСТЕЛИ ПОЛУСИДЯЧЕЕ ПОЛОЖЕНИЕ:</b> а) в таком положении удобнее кормить; б) уменьшается застой крови в малом круге кровообращения; в) уменьшается опасность возникновения пролежней; г) для обеспечения контакта с персоналом; д) профилактика венозного тромбоза	б)	ПП ПММП
ОПК-6	<b>В ЧЕМ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ ОСНОВНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ КРОВАТИ:</b> а) позволяет придать больному наиболее выгодное и удобное для него положение; б) ее можно легко и быстро передвигать; в) облегчает медперсоналу выполнение их функций по лечению и уходу; г) улучшение внешнего вида отделения; д) заполнение коечного фонда согласно рекомендациям	а)	ПП ПММП
ОПК-6	<b>КАК ЧАСТО У БОЛЬНЫХ НУЖНО ПРОВОДИТЬ СМЕНУ НАТЕЛЬНОГО И ПОСТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ:</b>	в)	ПП ПММП

	<p>а) 1 раз в 10 дней;</p> <p>б) еженедельно, после приема ванны или душа;</p> <p>в) по мере его загрязнения, но не реже 1 раза в 10 дней;</p> <p>г) при выписке;</p> <p>д) больной самостоятельно определяет необходимость замены</p>		
ОПК-6	<p>МОГУТ ЛИ ВОЗНИКАТЬ ПРОЛЕЖНИ ПРИ ВЫНУЖДЕННОМ СИДЯЧЕМ ПОЛОЖЕНИИ БОЛЬНЫХ:</p> <p>а) не могут, поскольку пролежни образуются только при положении больного на спине, на животе или на боку;</p> <p>б) могут в области сидалищных бугров;</p> <p>в) не могут, поскольку при сидячем положении между костными выступами и матрацем остается большой слой подкожно-жировой клетчатки и мышечной ткани;</p> <p>г) могут в области плеч</p> <p>д) могут в затылочной области головы</p>	б)	ПП ПММП
ОПК-6	<p>ПОЧЕМУ ПОДКЛАДНОЙ КРУГ НЕЛЬЗЯ НАДУВАТЬ СЛИШКОМ СИЛЬНО:</p> <p>а) иначе он быстро выйдет из строя;</p> <p>б) иначе он будет слишком легким и ему трудно будет придать в постели устойчивое положение;</p> <p>в) потому что он должен изменять свою форму при движениях больного;</p> <p>г) так как появляется опасность повреждения круга</p> <p>д) ввиду чрезмерного увеличения размера подкладного круга</p>	в)	ПП ПММП
ОПК-6	<p>ЧТО СЛЕДУЕТ ПРЕДПРИНЯТЬ В НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ОБРАЗОВАНИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ:</p> <p>а) усилить все профилактические меры (содержание постели, смена положения больного, тщательный туалет кожи, обработка пораженных участков 1% р-ром бриллиантового зеленого);</p> <p>б) использовать различные биологически активные мази;</p> <p>в) хирургическое лечение;</p> <p>г) срочно выписать пациента</p> <p>д) перевод пациента в блок интенсивной терапии</p>	а)	ПП ПММП
ОПК-6	<p>КАКОЙ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИЙ РАСТВОР ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ ВЛАЖНОЙ УБОРКИ:</p> <p>а) 10% р-р хлорной извести;</p> <p>б) 1% р-р хлорамина;</p> <p>в) 3% р-р перекиси водорода;</p> <p>г) р-р марганцевокислого калия</p> <p>д) дистиллированная вода</p>	б)	УП уход за больными ТерПроф
ОПК-6	<p>С КАКОЙ ЦЕЛЬЮ БОЛЬНЫМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ, СТРАДАЮЩИМ ТЯЖЕЛОЙ ОДЫШКОЙ, РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИНИМАТЬ В ПОСТЕЛИ ПОЛУСИДЯЧЕЕ ПОЛОЖЕНИЕ:</p>	б)	УП уход за больными ТерПроф

	<p>а) в таком положении удобнее кормить;</p> <p>б) уменьшается застой крови в малом круге кровообращения;</p> <p>в) уменьшается опасность возникновения пролежней;</p> <p>г) для обеспечения контакта с персоналом;</p> <p>д) профилактика венозного тромбоза</p>		
ОПК-6	<p><b>В ЧЕМ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ ОСНОВНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ КРОВАТИ:</b></p> <p>а) позволяет придать больному наиболее выгодное и удобное для него положение;</p> <p>б) ее можно легко и быстро передвигать;</p> <p>в) облегчает медперсоналу выполнение их функций по лечению и уходу;</p> <p>г) улучшение внешнего вида отделения;</p> <p>д) заполнение коечного фонда согласно рекомендациям</p>	а)	УП уход за больными ТерПроф
ОПК-6	<p><b>КАК ЧАСТО У БОЛЬНЫХ НУЖНО ПРОВОДИТЬ СМЕНУ НАТЕЛЬНОГО И ПОСТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ:</b></p> <p>а) 1 раз в 10 дней;</p> <p>б) еженедельно, после приема ванны или душа;</p> <p>в) по мере его загрязнения, но не реже 1 раза в 10 дней;</p> <p>г) при выписке;</p> <p>д) больной самостоятельно определяет необходимость замены</p>	в)	УП уход за больными ТерПроф
ОПК-6	<p><b>МОГУТ ЛИ ВОЗНИКАТЬ ПРОЛЕЖНИ ПРИ ВЫНУЖДЕННОМ СИДЯЧЕМ ПОЛОЖЕНИИ БОЛЬНЫХ:</b></p> <p>а) не могут, поскольку пролежни образуются только при положении больного на спине, на животе или на боку;</p> <p>б) могут в области сидельных бугров;</p> <p>в) не могут, поскольку при сидячем положении между костными выступами и матрацем остается большой слой подкожно-жировой клетчатки и мышечной ткани;</p> <p>г) могут в области плеч</p> <p>д) могут в затылочной области головы</p>	б)	УП уход за больными ТерПроф
ОПК-6	<p><b>ПОЧЕМУ ПОДКЛАДНОЙ КРУГ НЕЛЬЗЯ НАДУВАТЬ СЛИШКОМ СИЛЬНО:</b></p> <p>а) иначе он быстро выйдет из строя;</p> <p>б) иначе он будет слишком легким и ему трудно будет придать в постели устойчивое положение;</p> <p>в) потому что он должен изменять свою форму при движениях больного;</p> <p>г) так как появляется опасность повреждения круга</p> <p>д) ввиду чрезмерного увеличения размера подкладного круга</p>	в)	УП уход за больными ТерПроф

ОПК-6	<p>ЧТО СЛЕДУЕТ ПРЕДПРИНЯТЬ В НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ОБРАЗОВАНИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ:</p> <p>а) усилить все профилактические меры (содержание постели, смена положения больного, тщательный туалет кожи, обработка пораженных участков 1% р-ром бриллиантового зеленого);</p> <p>б) использовать различные биологически активные мази;</p> <p>в) хирургическое лечение;</p> <p>г) срочно выписать пациента</p> <p>д) перевод пациента в блок интенсивной терапии</p>	а)	УП уход за больными ТерПроф
ОПК-7	<p>НА ПРОТЯЖЕНИИ МНОГИХ ЛЕТ В РОССИИ ОСНОВНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) E.coli</p> <p>б) Klebsiella pneumoniae</p> <p>в) Pseudomonas aeruginosa</p> <p>г) Proteus mirabilis</p> <p>д) Enterococcus faecalis</p>	а)	Детские болезни
ОПК-7	<p>ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ЕСТЕСТВЕННОМУ ВСКАРЛИВАНИЮ СО СТОРОНЫ РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) гиполактазия</p> <p>б) выраженные проявления аллергического диатеза</p> <p>в) целиакия</p> <p>г) фенилкетонурия</p> <p>д) муковисцидоз</p>	г)	Детские болезни
ОПК-7	<p>ОСНОВНЫМИ КЛЕТКАМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) нейрциты</p> <p>б) фибробласты</p> <p>в) липоциты</p> <p>г) эритроциты</p> <p>д) лейкоциты</p>	б)	Детские болезни
ОПК-7	<p>СИНДРОМ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ОБЪЕДИНЯЕТ БОЛЬШОЮ ГРУППУ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ОСНОВЕ КОТОРЫХ ЛЕЖИТ</p> <p>а) аномалия или недостаток синтеза коллагена</p> <p>б) аномалия синтеза тиреоидных гормонов</p> <p>в) агаммаглобулинемия</p> <p>г) отсутствие VIII фактора свертывания крови</p> <p>д) эмбриопатии</p>	а)	Детские болезни
ОПК-7	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЯВЛЯЕМАЯ МАЛАЯ АНОМАЛИЯ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА</p> <p>а) ложные хорды желудочков сердца</p> <p>б) открытое овальное окно</p> <p>в) двухстворчатый аортальный клапан</p> <p>г) пролапс трикуспидального клапана</p> <p>д) дилатация аорты</p>	а)	Детские болезни
ОПК-7	<p>СРЕДНЯЯ ДЛИНА ТЕЛА ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО СОСТАВЛЯЕТ (В СМ)</p> <p>а) 42-45</p>	в)	Детские болезни

	б) 46-49 в) 50-54 г) 55-59 д) 49-50		
ОПК-7	ГУМОРАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ВРОЖДЕННОГО ИММУНИТЕТА ПРЕДСТАВЛЕНЫ а) лимфокин-активированными киллерами (LAC) клетки б) бета-лизинами в) антителами г) интерлейкинами 1 (IL-1) д) кортизолом	б)	Иммунология
ОПК-7	К СЕРОЛОГИЧЕСКИМ РЕАКЦИЯМ ОТНОСЯТ а) преципитацию б) микроскопию в) электрофорез г) центрифугирование д) гибридизацию	а)	Иммунология
ОПК-7	ПРИ НЕЗАВЕРШЕННОМ ФАГОЦИТОЗЕ СТИМУЛ ДЛЯ РЕУТИЛИЗАЦИИ ФАГОСОМ МАКРОФАГОМ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ СИГНАЛАМИ а) В-лимфоцитов б) CD8 Т-киллеров в) CD4 Th1 г) CD4 Th2 д) Антителообразующими клетками	б)	Иммунология
ОПК-7	ПРИ ПРОТОЧНОЙ ЦИТОМЕТРИИ ПРИМЕНЯЮТ а) антисыворотки б) моноклональные антитела меченые люменисцентной меткой в) радиоактивная метка г) эритроциты барана д) латексовые шарики	б)	Иммунология
ОПК-7	ЛИМФОКИНЫ ИГРАЮТ МЕДИАТОРНУЮ РОЛЬ В РЕАКЦИИ а) замедленного типа б) сывороточной болезни в) атопии г) гемолитической болезни новорожденных д) анафилаксии	а)	Иммунология
ОПК-7	АДЬОВАНТЫ ПРЕДНАЗНАЧЕНЫ ДЛЯ а) усиление иммунного ответа б) индуцирование иммунной толерантности в) блокировка тучных клеток для высвобождения гистамина г) повышение хемотаксиса нейтрофилов д) увеличение продукции интерферона фибробластами	а)	Иммунология
ОПК-7	В РЕЗУЛЬТАТЕ ВАКЦИНАЦИИ ФОРМИРУЕТСЯ ИММУНИТЕТ а) естественный активный б) естественный пассивный в) искусственный активный г) искусственный пассивный	в)	Иммунология

	д) воспалительный		
ОПК-7	САМОПРОИЗВОЛЬНЫЕ, ПРИСТУПООБРАЗНЫЕ, НОЧНЫЕ БОЛИ ХАРАКТЕРНЫ а) при глубоком кариесе б) при обострении хронического периодонтита в) при остром пульпите г) при пародонтите д) при перикороните	в)	Стоматология
ОПК-7	РЕЗОРБЦИЯ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНЫХ ПЕРЕГОРОДОК ХАРАКТЕРНА ДЛЯ а) гингивита б) пародонтита в) периодонтита г) перикоронита д) стоматита	б)	Стоматология
ОПК-7	ВОСПАЛЕНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ДЕСТРУКЦИЕЙ ПЕРИОДОНТА И КОСТИ – ЭТО а) гингивит б) пародонтит в) пародонтоз г) периостит д) перикоронита	б)	Стоматология
ОПК-7	ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ОДОНТОГЕННЫЙ ПЕРИОСТИТ ЧЕЛЮСТИ СОПРОВОЖДАЕТСЯ а) припуханием и гиперемией десны в проекции верхушки корня зуба, болями при накусывании на зуб б) отеком мягких тканей рядом с «причинным зубом», болями в челюсти, безболезненным накусыванием на зуб, формированием ограниченного инфильтрата на альвеолярном отростке в) формированием свищей на коже лица и в полости рта, иррадиирующими болями г) муфтообразным инфильтратом на альвеолярном отростке челюсти д) отеком и гиперемией слизистой оболочки вокруг коронки зуба	б)	Стоматология
ОПК-7	МЕСТНЫЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА нижней ЧЕЛЮСТИ а) отек и гиперемия слизистой оболочки вокруг коронки зуба б) болезненная перкуссия причинного зуба в) «муфтообразный» инфильтрат, подвижность зубов, симптом Венсана г) подвижность причинного зуба, отек и гиперемия слизистой по переходной складке, перкуссия зуба безболезненная д) наличие свищей с гнойным отделяемым	в)	Стоматология



ОПК-7	<p>ОГРАНИЧЕННЫЙ ПРЕДРАКОВЫЙ ГИПЕРКЕРАТОЗ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ</p> <p>а) на мягком небе  б) на слизистой оболочке щеки  в) на боковой поверхности языка  г) на слизистой оболочке дна полости рта  д) на красной кайме губы</p>	д)	Стоматология
ОПК-7	<p>ПРИ УДАРЕ В ПОДБОРОДОК ПЕРЕЛОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВОЗНИКАЕТ НА УРОВНЕ</p> <p>а) основания мышцелкового отростка  б) угла нижней челюсти  в) тела нижней челюсти  г) основания венечного отростка  д) ветви нижней челюсти</p>	а)	Стоматология
ОПК-7	<p>БОЛЬНОМУ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПЛАНИРУЕТСЯ ЛЕЧЕНИЕ СТРОФАНТИНОМ. ПРИ ЭТОМ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ ОБРАТИТЬ ВНИМАНИЕ НА</p> <p>а) уровень натрия плазмы  б) уровень калия плазмы  в) уровень креатинина плазмы  г) уровень мочевины  д) уровень хлора</p>	б)	Урология
ОПК-7	<p>ХАРАКТЕРНЫМИ РЕТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧКИ ПО ДАННЫМ ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАММЫ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ</p> <p>а) четкой нефрограммы с ореолом "разрежения" вокруг тени почки  б) сглаженности тени края поясничной мышцы  в) перелома поперечного отростка позвонка и ребра  г) аэроколии  д) дефект наполнения</p>	а)	Урология
ОПК-7	<p>ЭКСКРЕТОРНАЯ УРОГРАФИЯ ПРИ ТРАВМЕ ПОЧКИ ИМЕЕТ ЦЕЛЬЮ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <p>а) выявить состояние контралатеральной почки  б) исключить наличие сопутствующих заболеваний почек  в) установить степень и характер повреждения почки  г) выявить субкапсулярную гематому  д) определить подвижность поврежденной почки</p>	д)	Урология
ОПК-7	<p>ПОКАЗАНИЕМ К ТРАНСПЕРИТОНЕАЛЬНОМУ ДОСТУПУ ПРИ ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНОМ СВИЩЕ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) свищ в зоне устьев мочеточников  б) свищ выше межмочеточниковой связки  в) свищ выше межмочеточниковой связки в</p>	в)	Урология

	<p>сочетании с малой емкостью мочевого пузыря</p> <p>г) пузырно-влагалищный и уретро-влагалищный свищи</p> <p>д) пузырно-влагалищно-ректальный свищ</p>		
ОПК-7	<p>ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ПОЧКИ</p> <p>а) хромоцистоскопия</p> <p>б) обзорная рентгенография почек и мочевых путей</p> <p>в) экскреторная урография</p> <p>г) ретроградная уретеропиелография</p> <p>д) абдоминальная аортография на фоне экскреторной урограммы</p>	д)	Урология
ОПК-7	<p>ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ</p> <p>а) фенобарбитал</p> <p>б) купренил</p> <p>в) актовегин</p> <p>г) карбамазепин</p> <p>д) нимотоп</p>	г)	Неврология, медицинская генетика, нейрохирургия
ОПК-7	<p>ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО СТАТУСА ПРИМЕНЯЮТ</p> <p>а) седуксен</p> <p>б) дыхательные аналептики</p> <p>в) ганглиоблокаторы</p> <p>г) сосудорасширяющие препараты</p> <p>д) антидепрессанты</p>	а)	Неврология, медицинская генетика, нейрохирургия
ОПК-7	<p>УГРОЖАЮЩАЯ ЖИЗНИ АЛЛЕРГИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ, РАЗВИВАЮЩАЯСЯ ПРИ ВВЕДЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ</p> <p>а) крапивница</p> <p>б) аллергический ринит</p> <p>в) анафилактический шок</p> <p>г) контактный дерматит</p> <p>д) токсический шок</p>	в)	Фармакология
ОПК-7	<p>В РЕЦЕПТЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ СЛЕДУЕТ ВЫПИСЫВАТЬ</p> <p>а) по международному непатентованному названию на латинском языке</p> <p>б) по торговому названию на латинском языке</p> <p>в) по международному непатентованному названию на русском языке</p> <p>г) по международному непатентованному названию на английском языке</p> <p>д) по торговому названию на русском языке</p>	а)	Фармакология
ОПК-7	<p>К М-ХОЛИНЕРГИЧЕСКИМ СРЕДСТВАМ ОТНОСИТСЯ</p> <p>а) суксаметоний</p> <p>б) тербуталин</p> <p>в) доксазозин</p>	г)	Фармакология

	г) атропин д) норэпинефрин		
ОПК-7	ПРИ МИАСТЕНИИ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧЕНИЕ а) М-холиноблокаторов б) М-холиномиметиков в) антихолинэстеразных средств г) адреномиметических средств д) адреноблокирующих средств	в)	Фармакология
ОПК-7	РАССЛАБЛЯЕТ ПОПЕРЕЧНОПОЛОСАТЫЕ МЫШЦЫ а) платифиллин б) атракурий в) оксибутинин г) атропин д) тропикамид	б)	Фармакология
ОПК-7	ВАЗОКОНСТРИКТОРНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ а) норэпинефрин б) сальбутамол в) фенотерол г) карведилол д) сальметерол	а)	Фармакология
ОПК-7	МЕСТНЫЙ АНЕСТЕТИК, СОДЕРЖАЩИЙ В МОЛЕКУЛЕ ПАРААМИНОБЕНЗОЙНУЮ КИСЛОТУ, КОТОРАЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ АНАФИЛАКТИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ а) лидокаин б) бупивакаин в) прокаин г) артикаин д) мепивакаин	в)	Фармакология
ОПК-7	ПРИ НЕВРОПАТИЧЕСКОЙ БОЛИ, ВОЗНИКАЮЩЕЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ НАРУШЕНИЯ ИЛИ ПОВРЕЖДЕНИЯ ФУНКЦИИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, ИСПОЛЬЗУЕТСЯ а) ибупрофен б) кеторолак в) парацетамол г) карбамазепин д) метамизол	г)	Фармакология
ОПК-7	ПОДАВЛЯЕТ СВЕРТЫВАЕМОСТЬ КРОВИ, БЛОКИРУЯ ТРОМБИН БЕЗ УЧАСТИЯ АНТИТРОМБИНА III а) дабигатран б) эноксапарин в) гепарин г) надропарин д) ривароксабан	а)	Фармакология
ОПК-7	ГИПОТЕНЗИВНОЕ СРЕДСТВО, БЛОКИРУЮЩЕЕ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩИЙ ФЕРМЕНТ И	д)	Фармакология

	УМЕНЬШАЮЩЕЕ СИНТЕЗ АНГИОТЕНЗИНА II а) лозартан б) бисопролол в) амлодипин г) вальсартан д) эналаприл		
ОПК-7	ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СНИЖАЕТ ПРЕД- И ПОСТНАГРУЗКУ, УВЕЛИЧИВАЯ СЕРДЕЧНЫЙ ВЫБРОС а) добутамин б) милринон в) лизиноприл г) дигоксин д) левосимендан	в)	Фармакология
ОПК-7	АНТИАРИТМИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО — БЛОКАТОР МЕДЛЕННЫХ КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ ПРИ ПРЕДСЕРДНОЙ ТАХИАРИТМИИ а) прокаинамид б) верапамил в) лидокаин г) соталол д) бисопролол	б)	Фармакология
ОПК-7	АНТИБИОТИК ИЗ ГРУППЫ ГЛИКОПЕПТИДОВ, ВЛИЯЮЩИЙ НА РЕЗИСТЕНТНЫЙ СТАФИЛОКОКК С ИЗМЕНЕННОЙ ТРАНСПЕПТИДАЗОЙ (МЕТИЦИЛЛИНРЕЗИСТЕНТНЫЙ СТАФИЛОКОКК) а) бензатинбензилпенициллин б) цефуроксим в) имипенем г) ванкомицин д) цефтриаксон	г)	Фармакология
ОПК-7	ДВУМЯ ОСНОВНЫМИ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИМИ СВОЙСТВАМИ— ТОКСИЧНОСТЬЮ И УЗКОЙ ШИРОТОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ — ОБЛАДАЮТ а) тетрациклины б) бета-лактамы в) линкозамиды г) аминогликозиды д) фторхинолоны	г)	Фармакология
ОПК-7	ВЛИЯЕТ ТОЛЬКО НА АНАЭРОБНУЮ ФЛОРУ (СПОРООБРАЗУЮЩУЮ И НЕСПОРООБРАЗУЮЩУЮ) а) метронидазол б) амоксициллин в) ципрофлоксацин г) амикацин д) азитромицин	а)	Фармакология
ОПК-7	ПРИ НОЦИЦЕПТИВНОЙ БОЛИ	в)	Фармакология

	<p>ИСПОЛЬЗУЕТСЯ</p> <p>а) габапентин б) карбамазепин в) диклофенак г) клонидин д) тизанидин</p>		
ОПК-7	<p>АНТИГИСТАМИННОЕ СРЕДСТВО С ОТСУТСТВУЮЩИМ СЕДАТИВНЫМ ДЕЙСТВИЕМ</p> <p>а) лоратадин б) дифенгидрамин в) хлоропирамин г) прометазин д) доксиламин</p>	а)	Фармакология
ОПК-7	<p>ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ДЕЙСТВИЕ, СВЯЗАННОЕ С БЛОКАДОЙ ФОСФОЛИПАЗЫ А2, ОКАЗЫВАЕТ</p> <p>а) zileuton б) кеторолак в) хлоропирамин г) гидрокортизон д) сульфасалазин</p>	г)	Фармакология
ОПК-7	<p>АКТИВНЫЙ МЕТАБОЛИТ ВИТАМИНА Д, КОНТРОЛИРУЮЩИЙ СОДЕРЖАНИЕ КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА В КРОВИ</p> <p>а) кальцитриол б) холекальциферол в) эргокальциферол г) кальцитриол д) кальцидиол</p>	г)	Фармакология
ОПК-7	<p>ПОЛУСИНТЕТИЧЕСКОЕ ПРОИЗВОДНОЕ ИНСУЛИНА ДЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ, ВОСПОЛНЯЮЩЕЕ БАЗАЛЬНУЮ СЕКРЕЦИЮ ГОРМОНА</p> <p>а) цинк инсулин (инсулин ленте) б) цинк инсулин кристаллический (инсулин ультраленте) в) инсулин изофан г) инсулин простой (обычный) д) инсулин гларгин</p>	д)	Фармакология
ОПК-7	<p>НЕДОБРОВОЛЬНАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ПОКАЗАНА ПРИ</p> <p>а) алкогольном делирии б) синдроме зависимости от алкоголя в) психопатии г) неврозах д) акцентуации характера</p>	а)	Психиатрия
ОПК-7	<p>В СООТВЕТСВИИ СО СТ. 15 РФ «О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ГАРАНТИЯХ ПРАВ ГРАЖДАН ПРИ ЕЕ ОКАЗАНИИ», ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА О</p>	б)	Психиатрия

	<p>ГОДНОСТИ ГРАЖДАНИНА К СЛУЖБЕ В КАЧЕСТВЕ ВОЕННОСЛУЖАЩЕГО ПРОВОДИТСЯ</p> <p>а) при наличии психических расстройств по направлению медицинской комиссии военных комиссариатов при добровольном согласии обследуемого</p> <p>б) по решению медицинской комиссии военного комиссариата в соответствии с настоящим законом и законом о всеобщей воинской обязанности</p> <p>в) по решению врача-психиатра</p> <p>г) главного врача медицинской организации</p> <p>д) по решению участкового врача – терапевта</p>		
ОПК-7	<p>ТЕРМИН «СТИЛЬ ЖИЗНИ» ОТНОСЯТ</p> <p>а) к принятому в обществе укладу быта, культуры</p> <p>б) к материальным и духовно-нравственным условиям, сопутствующим образу жизни</p> <p>в) к индивидуальным особенностям жизни, стилю мышления, поведения</p> <p>г) порядок общественной жизни, быта, культуры</p> <p>д) к принятому в семье укладу быта</p>	в)	Психиатрия
ОПК-7	<p>ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ – ЭТО ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ НАПРАВЛЕННАЯ</p> <p>а) на повышение благосостояния населения</p> <p>б) на рост доступности мед. помощи населению</p> <p>в) на сохранение и укрепление здоровья людей</p> <p>г) на повышение качества стационарной медицинской помощи</p> <p>д) на улучшения общения между людьми</p>	в)	Психиатрия
ОПК-7	<p>ДЛЯ ГИПОВОЛЕМИЧЕСКИХ ШОКОВ ХАРАКТЕРНО</p> <p>а) повышение центрального венозного давления</p> <p>б) вазоплегия</p> <p>в) снижение общего периферического сосудистого сопротивления</p> <p>г) уменьшение объема циркулирующей крови</p> <p>д) полиурия</p>	г)	Анестезиология и реаниматология
ОПК-7	<p>КАКОЙ ПРИЗНАК СООТВЕТСТВУЕТ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ?</p> <p>а) Отек соска зрительного нерва.</p> <p>б) Гипертрофия левого желудочка.</p> <p>в) Скорость клубочковой фильтрации 30 мл в минуту. г) Ксантоматоз.</p> <p>д) Отсутствие поражения органов-мишеней.</p>	д)	Кардиология и ССХ
ОПК-7	<p>ЕСЛИ ПРОИЗОШЕЛ ОБРЫВ ЭЛЕКТРОДА ОТ ПРАВОЙ РУКИ, НАВОДКА БУДЕТ В ОТВЕДЕНИЯХ</p> <p>а) I и II стандартных</p> <p>б) II и III стандартных</p> <p>в) I и III стандартных</p> <p>г) усиленных однополюсных</p> <p>д) запись без наводок</p>	а)	Кардиология и ССХ

ОПК-7	<p>ЕСЛИ ПРОИЗОШЕЛ ОБРЫВ ЭЛЕКТРОДА ОТ ЛЕВОЙ РУКИ, НАВОДКА БУДЕТ В ОТВЕДЕНИЯХ</p> <p>а) I и II стандартных  б) II и III стандартных  в) I и III стандартных  г) усиленных однополюсных  д) запись без наводок</p>	в)	Кардиология и ССХ
ОПК-7	<p>НАВОДКА В I И III СТАНДАРТНЫХ ОТВЕДЕНИЯХ, ОБРЫВ ЭЛЕКТРОДА ПРОИЗОШЕЛ</p> <p>а) на правой руке  б) на левой руке  в) на левой ноге  г) на правой ноге  д) все электроды на месте</p>	б)	Кардиология и ССХ
ОПК-7	<p>НАВОДКА В I И II СТАНДАРТНЫХ ОТВЕДЕНИЯХ, ОБРЫВ ЭЛЕКТРОДА ПРОИЗОШЕЛ</p> <p>а) на правой руке  б) на левой руке  в) на левой ноге  г) на правой ноге  д) обрыва нет</p>	б)	Кардиология и ССХ
ОПК-7	<p>ПРИ ПОВЫШЕНИИ ПОТРЕБНОСТИ СЕРДЦА В КИСЛОРОДЕ НОРМАЛЬНЫЕ КОРОНАРНЫЕ АРТЕРИИ ПОЗВОЛЯЮТ УВЕЛИЧИТЬ КОРОНАРНЫЙ КРОВОТОК</p> <p>а) в 2 раза  б) в 3 раза  в) в 5 раз  г) в 10 раз  д) в 20 раз</p>	в)	Кардиология и ССХ
ОПК-7	<p>ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ СОСТАВЛЯЕТ</p> <p>а) менее 1 мин  б) 2-5 мин  в) 5-10 мин  г) 10-15 мин  д) более 15 мин</p>	б)	Кардиология и ССХ
ОПК-7	<p>У БОЛЬНЫХ С ВЫРАЖЕННЫМ ОЖИРЕНИЕМ (ЕСЛИ ОКРУЖНОСТЬ ПЛЕЧА БОЛЕЕ 55 см) ВЕЛИЧИНА ЛОЖНОГО ПОВЫШЕНИЯ АД ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ОБЫЧНОЙ МАНЖЕТКИ ДОСТИГАЕТ (мм рт. ст.)</p> <p>а) 10/5  б) 15/10  в) 20/10  г) 25/15  д) 50/20</p>	г)	Кардиология и ССХ
ОПК-7	<p>ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ НА ЭКГ ЧАЩЕ</p>	а)	Кардиология и ССХ

	РЕГИСТРИРУЮТ а) признаки гипертрофии левого желудочка б) глубокие зубцы Q в) патологические уширенные зубцы Q г) глубокие (гигантские) отрицательные зубцы T д) блокада левой ножки п. Гиса		
ОПК-7	ИНТЕНСИВНАЯ СЖИМАЮЩАЯ ЗАГРУДИННАЯ БОЛЬ С ИРРАДИАЦИЕЙ В ЛЕВУЮ РУКУ, ВОЗНИКШАЯ НА ФОНЕ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ И НЕ КУПИРУЮЩАЯСЯ ПРИЕМОМ НИТРОГЛИЦЕРИНА, ХАРАКТЕРНА ДЛЯ а) миокардита б) грудного остеохондроза в) инфаркта миокарда г) стенокардии д) перикардита	в)	Введение в тер спец
ОПК-7	УДУШЬЕ – ЭТО а) затруднение вдоха б) приступообразная одышка, мучительное чувство нехватки воздуха в) нарастающая одышка, при которой применение бронходилататоров неэффективно г) субъективное ощущение больного, не имеющее внешних признаков д) одышка с непродуктивным кашлем	в)	Введение в тер спец
ОПК-7	ПОЛИУРИЯ – ЭТО а) отсутствие мочи б) выделение мочи до 500 мл в сутки в) выделение мочи 1-1,5 л в сутки г) выделение мочи более 2 л в сутки д) выделение с мочой большого количества белка	г)	Введение в тер спец
ОПК-7	ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ПУПОЧНОЙ ГРЫЖИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ а) выпячивание округлой или овальной формы в области пупочного кольца б) выраженное беспокойство в) задержка стула; г) рвота д) признаки локального воспаления	а)	Детская хирургия
ОПК-7	ПАТОГНОМОНИЧНЫМИ СИМПТОМАМИ ПАХОВОМОШОНОЧНОЙ ГРЫЖИ ЯВЛЯЮТСЯ: а) отсутствие яичка в мошонке б) симптом просвечивания в) выпячивание, симптом кашлевого толчка, урчание при вправлении г) расширение вен семенного канатика д) увеличение мошонки в размере, флюктуация	в)	Детская хирургия
ОПК-7	НАИБОЛЕЕ РАННИМ И ПОСТОЯННЫМ СИМПТОМОМ ПРИ ВЫСОКОЙ ВРОЖДЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ а) вздутие живота	б)	Детская хирургия



	б) рвота в) асимметрия живота г) задержка отхождения мекония д) аускультативно усиление перистальтики кишечника		
ОПК-7	НА ВСКРЫТИИ У РЕБЁНКА, ПОГИБШЕГО ОТ СЕПТИЧЕСКОГО ШОКА, В ПРАВОМ БЕДРЕ ОБНАРУЖЕН ОЧАГ ОСТЕОМИЕЛИТА. В ДАННОМ СЛУЧАЕ ИМЕЛА МЕСТО СЛЕДУЮЩАЯ ФОРМА ЗАБОЛЕВАНИЯ: а) токсическая б) септико-пиемическая в) первично-хроническая г) местно-очаговая д) установить невозможно	а)	Детская хирургия
ОПК-7	ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ УЗИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ИНВАГИНАЦИИ ХАРАКТЕРНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ БУДЕТ а) Маятникоподобная перистальтика б) Жидкость в брюшной полости в) Симптом «мишени» г) Утолщение стенки толстой кишки д) Газ в брюшной полости	в)	Детская хирургия
ОПК-7	ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПИЛОРОСТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ а) Рвота «фонтаном» б) Олигоурия в) Запоры г) Потеря веса д) Болевой абдоминальный синдром	а)	Детская хирургия
ОПК-7	УКАЖИТЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИОБРЕТЕННОГО НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА а) периферические и полостные отеки б) умеренная пастозность век, голеней в) олигоанурия г) нормальный диурез д) диастолическая артериальная гипертензия	а)	Детские болезни
ОПК-7	ДЛЯ КАРОПЕДАЛЬНОГО СПАЗМА ХАРАКТЕРНО а) сокращение межреберных мышц б) сужение голосовой щели в) тонические сокращения мышц стоп и кистей г) потеря сознания д) гиперкинезы	в)	Детские болезни
ОПК-7	ТЕЛЕСИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ И ЩЕЛЧКИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ а) дилатации легочной артерии б) открытого овального окна в) двухстворчатого клапана аорты г) пролапса митрального клапана д) пролапса трикуспидального клапана	г)	Детские болезни

ОПК-7	<p>ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ СНИЖЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА НОВОРОЖДЕННОГО СОСТАВЛЯЕТ ДО (В %)</p> <p>а) 8 б) 15 в) 20 г) 30 д) 40</p>	а)	Детские болезни
ОПК-7	<p>КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ СЕПСИСА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) наличие множества гнойных очагов б) тяжелая сердечная недостаточность в) гипертермия, угнетенное сознание, диспептические расстройства г) нарушения терморегуляции, диспептические расстройства, неврологические симптомы, нарушение свертываемости и ОЦК д) гипертерия, токсикоз</p>	д)	Детские болезни
ОПК-7	<p>ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПНЕВМОНИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ</p> <p>а) абсцедирование б) плеврит в) сердечная недостаточность г) менингит д) сепсис</p>	а)	Детские болезни
ОПК-7	<p>ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ В РОДДОМЕ ГРУППОВОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ СЛЕДУЕТ</p> <p>а) перевести в операционное отделение и назначить лечение б) оставить на месте, назначив лечение в) немедленно перевести в соответствующий стационар г) провести консультацию врача инфекциониста д) все ответы правильные</p>	в)	Детские болезни
ОПК-7	<p>МИТРАЛЬНАЯ КОФИГУРАЦИЯ СЕРДЦА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ ВОЗНИКАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ</p> <p>а) гипертрофии миокарда б) наличия дефекта межпредсердной перегородки в) незавершенного поворота сердца вперед и влево г) транспозиция легочной артерии д) ранней реполяризацией желудочков</p>	в)	Подростковая служба
ОПК-7	<p>ДЛЯ ЯБ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ БОЛИ В ЖИВОТЕ</p> <p>а) ранние б) поздние в) ночные г) ранние и поздние д) ранние и ночные</p>	д)	Подростковая служба
ОПК-7	<p>ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ГАСТРОЭЗОФАГАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС</p>	б)	Подростковая служба

	<p>ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <p>а) субфебрилитетом</p> <p>б) отсутствие кинических эквивалентов</p> <p>в) рвотой</p> <p>г) болью в эпигастрии</p> <p>д) недомоганием</p>		
ОПК-7	<p>ТИПИЧНЫМ СИМПТОМОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ГЭРБ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) изжога</p> <p>б) рвота</p> <p>в) горький вкус во рту</p> <p>г) боль в эпигастрии</p> <p>д) запор</p>	а)	Подростковая служба
ОПК-7	<p>ПОЛОВОЕ РАЗВИТИЕ ПОДРОСТКОВ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО</p> <p>а) росту-весовому индексу Кетле</p> <p>б) времени прорезывания зубов</p> <p>в) половой формуле</p> <p>г) скелетной зрелости</p> <p>д) зубной формуле</p>	в)	Подростковая служба
ОПК-7	<p>НА ВРЕМЯ ПОЯВЛЕНИЯ МЕНАРХЕ У ДЕВУШЕК НАИБОЛЬШЕЕ ВЛИЯНИЕ ОКАЗЫВАЕТ</p> <p>а) тип конституции</p> <p>б) генетические данные</p> <p>в) характер питания</p> <p>г) наличие заболеваний</p> <p>д) уровень физических нагрузок</p>	б)	Подростковая служба
ОПК-7	<p>К ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ НАРУШЕНИЯМ ЖКТ ОТНОСЯТСЯ ТАКИЕ НОЗОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ</p> <p>а) панкреатит</p> <p>б) ЯК</p> <p>в) кишечные колики</p> <p>г) болезнь Крона</p> <p>д) аппендицит</p>	в)	Подростковая служба
ОПК-7	<p>В ТЕРАПИИ ОСТРОГО ПРИСТУПА ПРИСТУПА ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ПОДРОСТКОВ ПРИМЕНЯЮТСЯ</p> <p>а) противовоспалительные препараты</p> <p>б) желчегонные препараты</p> <p>в) спазмолитики</p> <p>г) антацидные препараты</p> <p>д) антибиотики</p>	в)	Подростковая служба
ОПК-7	<p>ПРИ ГЭРБ II СТЕПЕНИ В ТЕРАПИИ ИСПОЛЬЗУЮТ</p> <p>а) ИПП, H2-блокаторы рецепторов гистамина</p> <p>б) альгинаты, антациды</p> <p>в) прокинетики, H2- блокаторы рецепторов гистамина</p> <p>г) ИПП, альгинаты, прокинетики</p> <p>д) альгинаты</p>	г)	Подростковая служба

ОПК-7	<p>В МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ У ПОДРОСТКОВ С СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ МОГУТ ПРИМЕНЯТЬСЯ</p> <p>а) корректоры метаболизма  б) седативные препараты  в) церебральные метаболиты  г) анксиолитики  д) все вышеперечисленные</p>	д)	Подростковая служба
ОПК-7	<p>ПРЕПАРАТЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ НЕОСЛОЖНЕННЫХ НЕРЕВМАТИЧЕСКИХ КАРДИТОВ У ДЕТЕЙ</p> <p>а) анальгин  б) нестероидные противовоспалительные препараты  в) сердечные гликозиды  г) преднизолон  д) антагонисты кальция</p>	г)	Подростковая служба
ОПК-7	<p>БЫСТРО ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ УСТОЙЧИВОСТЬ ПИЛОРИЧЕСКОГО ХЕЛИКОБАКТЕРА К ПРЕПАРАТУ</p> <p>а) де-нол  б) фосфалюгель  в) амоксициллин  г) трихопол  д) фуразолидон</p>	г)	Подростковая служба
ОПК-7	<p>В КАЧЕСТВЕ БАЗОВОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВЗК ИСПОЛЬЗУЮТ</p> <p>а) 5-аминосалицилаты  б) антибиотики  в) пробиотики  г) сорбенты  д) антикоагулянты</p>	а)	Подростковая служба
ОПК-7	<p>АУТОИНВАЗИЯ ЧАСТО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ</p> <p>а) описторхозе  б) дифиллоботриозе  в) аскаридозе  г) энтеробиозе  д) эхинококкозе</p>	г)	Инфекционные болезни
ОПК-7	<p>ОСНОВНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОТУЛИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) противоботулиническая вакцина  б) специфическая противоботулиническая сыворотка  в) цефтриаксон  г) интерферон <math>\alpha</math>-2b  д) ципрофлоксацин</p>	б)	Инфекционные болезни
ОПК-7	<p>БОЛЕЗНЬ БРИЛЛА – ЭТО</p> <p>а) рецидив брюшного тифа  б) рецидив сыпного тифа  в) инфекция, передаваемая клещами  г) гепатит А</p>	б)	Инфекционные болезни

	д) аутоиммунное заболевание		
ОПК - 7	ВИДЫ ОБЛУЧЕНИЯ, НЕ ОТНОСЯЩИЕСЯ К БРАХИТЕРАПИИ а) дистанционное б) внутрисполостное в) внутритканевое г) аппликационное.	а)	Онкология
ОПК-8	ЦЕЛЬ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ТРЕНИРОВКИ а) выздоровление, способность выполнять повседневную работу б) достижение высоких результатов в спорте в) увеличение продолжительности жизни и уменьшение риска нарушения здоровья г) улучшение телосложения д) увеличение силы	в)	Медицинская реабилитация
ОПК-8	ПОНЯТИЕ «ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ» ВКЛЮЧАЕТ: а) объем знаний, которые можно использовать для производства товаров и услуг из экономических ресурсов б) совокупность методов и средств, поддерживающих этапы реализации принципиально новых действующих процессов и технологий медицинской реабилитации в) набор аппаратов и приспособлений для оказания помощи по медицинской реабилитации г) сочетание лечебной физкультуры и физиотерапии д) комбинация методов и средств лечебной физкультуры	г)	Медицинская реабилитация
ОПК-8	ПОД ПРИНЦИПОМ ИНДИВИДУАЛЬНОСТИ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК ПОДРАЗУМЕВАЕТСЯ а) регулярность физических упражнений б) оптимальная физиологическая динамика реакций организма на физические упражнения в) соответствие нозологической форме заболевания г) учет общего состояния больного, его возраста, конституции, пола, характера основных клинических проявлений и фазы заболевания д) учет гендерных особенностей пациента	г)	Медицинская реабилитация
ОПК-8	МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ -ЭТО а) отдельная медицинская специальность, в которую не входят физиотерапия и ЛФК б) отдельная медицинская специальность, в состав которой входят только физиотерапия и ЛФК в) мультидисциплинарное направление, включающее целый ряд методов немедикаментозной терапии (физиотерапию, ЛФК, рефлексотерапию, мануальную терапию) г) специальность, реализующая помощь по лечебной физической культуре д) специальность, реализующая помощь по	в)	Медицинская реабилитация

	мануальной терапии и рефлексотерапии		
ОПК-8	<p>ДЛЯ ОЦЕНКИ ИСХОДНОГО УРОВНЯ РЕЗЕРВА АДАПТАЦИИ ПАЦИЕНТА В ПРОЦЕССЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ</p> <p>а) определение частоты сердечных сокращений б) определение уровня артериального давления в) проведение пробы Мартинэ г) определение частоты сердечных сокращений, определение уровня артериального давления, проведение пробы Мартинэ д) определение артериального давления и ЧСС</p>	г)	Медицинская реабилитация
ОПК-8	<p>ПРОБОЙ ШТАНГЕ ОПРЕДЕЛЯЮТ</p> <p>а) время задержки дыхания на вдохе и выдохе б) время задержки дыхания на выдохе в) время задержки дыхания на вдохе г) частоту дыханий в минуту д) отношение частоты дыханий к частоте сердечных сокращений</p>	в)	Медицинская реабилитация
ОПК-8	<p>ПРИ НОРМОТОНИЧЕСКОМ ТИПЕ РЕАКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ НА НАГРУЗКУ ОТМЕЧАЮТ</p> <p>а) адекватное увеличение частоты сердечных сокращений, увеличение систолического давления, сохранение или умеренное снижение уровня диастолического давления б) повышение частоты сердечных сокращений, уровень систолического и диастолического давления в) симптом бесконечного тона при измерении АД (выслушивается только систолический тон) г) отсутствие изменений артериального давления и частоты сердечных сокращений д) увеличение частоты сердечных сокращений, как компенсаторную реакцию</p>	а)	Медицинская реабилитация
ОПК-8	<p>ОПРЕДЕЛЕНИЕ «ВРАЧЕБНЫЙ КОНТРОЛЬ» В ПРОЦЕССЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОДРАЗУМЕВАЕТ</p> <p>а) регулярное посещение пациента в палате б) наблюдение врача непосредственно в процессе выполнения больным физических упражнений в) периодический контроль различных параметров деятельности сердечно-сосудистой системы в ходе диспансерного наблюдения за больным г) оценку физического развития и физической работоспособности д) оценку психологического здоровья пациента</p>	б)	Медицинская реабилитация
ОПК-8	<p>МЕТОДЫ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ ВКЛЮЧАЮТ</p> <p>а) морфофункциональные методы, которые определяют действие лечебных физических факторов на ткани, и клинические методы, оценивающие состояние пациентов с различными заболеваниями</p>	б)	Медицинская реабилитация

	<p>б) совокупность способов конкретного применения физических упражнений</p> <p>в) совокупность приемов (операций), практически использующих конкретный метод ЛФК у пациента с определенным заболеванием</p> <p>г) фитнес с элементами аэробики</p> <p>д) аэробическую гимнастику и пилатес</p>		
ОПК-8	<p>ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА – ЭТО</p> <p>а) система мероприятий, направленных на максимально полное восстановление или компенсацию утраченных в результате болезни или травмы функций организма б) область клинической медицины, изучающая механизмы лечебного действия на организм физических упражнений и разрабатывающая методы их применения в лечебно-профилактических и реабилитационных целях</p> <p>в) область медицинской науки, изучающая действие на организм природных и искусственных физических факторов, применяемых для лечения больных и оздоровления населения</p> <p>г) занятия физической культурой</p> <p>д) фитнес и аэробика</p>	б)	Медицинская реабилитация
ОПК-9	<p>ЗА ДОСТАВКУ ОБЪЕКТА ИССЛЕДОВАНИЯ В ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ НЕСЕТ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ</p> <p>а) лечащий врач</p> <p>б) главный врач больницы</p> <p>в) заведующий отделением</p> <p>г) врач-прозектор</p> <p>д) старшая медицинская сестра</p>	а)	Клиническая П/анатомия
ОПК-9	<p>НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА «ЛОЖНООТРИЦАТЕЛЬНОГО» ОТВЕТА, ПОЛУЧЕННОГО КЛИНИЦИСТАМИ ИЗ БИОПСИЙНОГО МАТЕРИАЛА</p> <p>а) низкая квалификация врача - патологоанатома</p> <p>б) неправильная фиксация материала</p> <p>в) отсутствие клинических данных</p> <p>г) малый объем биопсийного материала</p> <p>д) искажение клинических данных</p>	г)	Клиническая П/анатомия
ОПК-9	<p>ЯТРОГЕННАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ</p> <p>а) катетеризация подключичной вены</p> <p>б) анафилактический шок на введение лекарства</p> <p>в) лапароскопия брюшной полости</p> <p>г) пункционная биопсия почки</p> <p>д) эхокардиография</p>	б)	Клиническая П/анатомия
ОПК-9	<p>ОСНОВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ПРИ МОНОКАУЗАЛЬНОМ ГЕНЕЗЕ</p> <p>а) отек легких</p> <p>б) двухсторонний геморрагический плеврит</p> <p>в) тромбоэмболия лёгочной артерии</p> <p>г) брюшной тиф</p>	г)	Клиническая П/анатомия

	д) постгеморрагическая анемия		
ОПК-9	<p><b>ФОНОВОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ – ЭТО</b></p> <p>а) заболевание, которое способствовало развитию основного заболевания и отягощало его течение</p> <p>б) заболевание, по поводу которого больной находился на лечении в стационаре</p> <p>в) заболевание, которое предшествовало основному</p> <p>г) заболевание, не сыгравшего никакой роли в пато- и танатогенезе</p> <p>д) заболевание, которое само по себе или вследствие своих осложнений привело больного к смерти и имеющее клинико-морфологическое подтверждение</p>	а)	Клиническая П/анатомия
ОПК-9	<p><b>СОПУТСТВУЮЩЕЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ</b></p> <p>а) заболевание, по поводу которого больной находился на лечении в стационаре</p> <p>б) заболевание, которое повлияло на развитие осложнений основного процесса</p> <p>в) заболевание, не сыгравшего никакой роли в пато- и танатогенезе основного заболевания</p> <p>г) заболевание, которое сопутствовало основному и способствовало его развитию</p> <p>д) заболевание, написанное в последней строчке заключительного клинического диагноза</p>	в)	Клиническая П/анатомия
ОПК-9	<p><b>ОБЪЕКТИВНАЯ ПРИЧИНА ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ОШИБКИ</b></p> <p>а) недостаточное обследование больного</p> <p>б) недоучёт клинических данных</p> <p>в) тяжёлое состояние больного</p> <p>г) переоценка диагноза консультанта</p> <p>д) тяжёлое состояние врача</p>	в)	Клиническая П/анатомия
ОПК-9	<p><b>ОСНОВНОЙ ПРИЗНАК ОПЕРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА</b></p> <p>а) диагностический</p> <p>б) профилактический</p> <p>в) лечебный</p> <p>г) прогностический</p> <p>д) посмертный</p>	в)	Клиническая П/анатомия
ОПК-9	<p><b>ВСКРЫТИЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО</b></p> <p>а) при установленном клиническом диагнозе</p> <p>б) при смерти от инфаркта миокарда</p> <p>в) при отсутствии лечащего врача</p> <p>г) при нарушении мозгового кровообращения</p> <p>д) при смерти от инфекционной болезни</p>	д)	Клиническая П/анатомия
ОПК-9	<p><b>РАЗРЕШЕНИЕ НА ВЫДАЧУ ТРУПА БЕЗ ВСКРЫТИЯ ПРИНАДЛЕЖИТ</b></p> <p>а) главному врачу</p> <p>б) родственникам умершего</p> <p>в) патологоанатому</p> <p>г) лечащему врачу</p> <p>д) зав. отделением</p>	а)	Клиническая П/анатомия



ОПК-9	<p><b>ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ –ЭТО</b></p> <p>а) отрасль экономической науки, изучающая экономические аспекты деятельности системы здравоохранения, роль здравоохранения в сохранении и воспроизводстве рабочей силы, производстве совокупного общественного продукта;</p> <p>б) наука, изучающая экономические аспекты деятельности системы здравоохранения;</p> <p>в) раздел медицинской статистики, изучающая экономические аспекты деятельности системы здравоохранения, роль здравоохранения в сохранении и воспроизводстве рабочей силы, производстве совокупного общественного продукта;</p> <p>г) наука, изучающая экономические аспекты деятельности системы здравоохранения, роль здравоохранения в сохранении и воспроизводстве рабочей силы, производстве совокупного общественного продукта;</p> <p>д) наука об экономическом развитии общества и системы здравоохранения</p>	а)	ОЗД
ОПК-9	<p><b>ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИЗУЧАЕТ:</b></p> <p>а) формы и проявления экономических законов в сфере здравоохранения; эффективность форм и методов медицинской помощи и санитарно-эпидемиологического обслуживания населения; пути и методы рационального использования материальных, трудовых, финансовых и других ресурсов здравоохранения; роль и место здравоохранения в системе общественного воспроизводства (воспроизводство рабочей силы, общественных отношений, общественного продукта); влияние на здоровье уровня доходов, образования, социального статуса, образа жизни, потребления товаров и услуг;</p> <p>б) экономическое обоснование политики государства о области здравоохранения;</p> <p>в) пути и методы рационального использования материальных, трудовых, финансовых и других ресурсов здравоохранения; роль и место здравоохранения в системе общественного воспроизводства (воспроизводство рабочей силы, общественных отношений, общественного продукта);</p> <p>г) пути и методы рационального использования материальных, трудовых, финансовых и других ресурсов здравоохранения;</p> <p>д) роль и место здравоохранения в системе общественного воспроизводства (воспроизводство рабочей силы, общественных отношений, общественного продукта); влияние на здоровье</p>	а)	ОЗД

	уровня доходов, образования, социального статуса, образа жизни, потребления товаров и услуг		
ОПК-10	МИАЗЫ – ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЯ, КОТОРЫЕ ВЫЗЫВАЮТ а) личинки комнатной мухи б) личинки москитов в) личинки малярийного комара г) личинки Вольфартовой мухи д) личинки мошек	г)	Биология
ОПК-10	ИНВАЗИОННАЯ СТАДИЯ ОПИСТОРХА ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА - ЭТО а) спороциста б) редия в) церкария г) метацеркария д) мирацидий	г)	Биология
ОПК-10	РАСЩЕПЛЕНИЕ ПО ГЕНОТИПУ ПРИ ПОЛНОМ ДОМИНИРОВАНИИ В СКРЕЩИВАНИИ ДВУХ ДИГЕТЕРОЗИГОТ ИДЕТ а) по формуле 1:1:1:1; б) по формуле 9:3:3:1; в) по формуле 3:1; г) по формуле единообразия; д) по формуле 1:2:1: 2:4:2:1:2:1.	д)	Биология
ОПК-10	В МАЗКЕ КРОВИ ЧЕЛОВЕКА ОБНАРУЖИЛИ СТАДИЮ ПЛАЗМОДИЯ В ЭРИТРОЦИТЕ В ВИДЕ ОВАЛА, А САМ ЭРИТРОЦИТ В ВИДЕ ПЛАМЕННОЙ КЛЕТКИ, ЧТО УКАЗЫВАЕТ НА ЗАРАЖЕНИЕ ПЛАЗМОДИЕМ а) вида Plasmodiumvivax б) вида Plasmodiumovale в) вида Plasmodium falciparum г) вида Plasmodium malariae д) вида Plasmodium spp.	б)	биология
ОПК-10	МЕТОД ПАЛЬМОСКОПИИ ПОМОГАЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ ХРОМОСОМНЫЕ БОЛЕЗНИ а) синдромы Энгельмана и Тернера б) синдром Клайнфельтера и Хиршхорна в) синдром Патау и Дауна г) синдром Шерешевского-Тернера и «кошачьего крика» д) синдромы Хиршхорна–Прадера-Вилли	в)	Биология
ОПК-10	ЛИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ а) санитарно-просветительская работа б) мыть руки после контакта с псовыми г) применение лекарственных препаратов с профилактической целью д) проверять мясо на заражение перед употреблением	б)	Биология
ОПК-10	РЕПАРАТИВНАЯ РЕГЕНЕРАЦИЯ СУХОЖИЛИЯ ПРОИСХОДИТ ПУТЁМ... а) синтеза фибробластами макромолекул	г)	Гистология

	<p>межклеточного вещества и формирования плотной неоформленной соединительной ткани</p> <p>б) синтеза хрящевыми клетками макромолекул межклеточного вещества и образования волокнистого хряща</p> <p>в) синтеза фибробластами эластина и формирования эластических волокон</p> <p>г) синтеза фибробластами макромолекул межклеточного вещества и формирования параллельных пучков коллагеновых волокон</p> <p>д) замещения разрыва мышечной тканью</p>		
ОПК-10	<p>К ГИПЕРГЛИКЕМИИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ ПОВЫШЕНИЕ СЕКРЕЦИИ</p> <p>а) кальцитриола</p> <p>б) паратгормона</p> <p>в) инсулина</p> <p>г) альдостерона</p> <p>д) глюкагона</p>	а)	Клиническая биохимия
ОПК-10	<p>КЕТОНУРИЯ - ЭТО ПРИЗНАК</p> <p>а) сахарного диабета</p> <p>б) чрезмерного белкового питания</p> <p>в) недостатка поступления жиров</p> <p>г) нарушения функции печени</p> <p>д) нарушение функции почек</p>	а)	Клиническая биохимия
ОПК-10	<p>ОСНОВНЫМ МЕСТОМ СИНТЕЗА БЕЛКОВ ПЛАЗМЫ КРОВИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) селезенка</p> <p>б) красный костный мозг</p> <p>в) печень</p> <p>г) эритроциты</p> <p>д) почки</p>	в)	Клиническая биохимия
ОПК-10	<p>ОСОБЕННОСТЬЮ СТРОЕНИЯ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) наличие складок слизистой оболочки</p> <p>б) наличие гаустр в) наличие лент</p> <p>г) наличие поперечно-полосатой мускулатуры в мышечной оболочке</p> <p>д) наличие ворсинок</p>	а)	Анатомия
ОПК-10	<p>К ВНУТРЕННИМ ЖЕНСКИМ ПОЛОВЫМ ОРГАНАМ ОТНОСИТСЯ</p> <p>а) клитор</p> <p>б) большие половые губы</p> <p>в) малые половые губы</p> <p>г) матка</p> <p>д) предстательная железа</p>	г)	Анатомия
ОПК-10	<p>К НАРУЖНЫМ МУЖСКИМ ПОЛОВЫМ ОРГАНАМ ОТНОСИТСЯ</p> <p>а) половой член</p> <p>б) влагалище</p> <p>в) предстательная железа</p> <p>г) семявыносящий проток</p> <p>д) семенной пузырек</p>	а)	Анатомия

ОПК-10	КРОВЕНОСНЫЙ СОСУД, ВЫХОДЯЩИЙ ИЗ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, НАЗЫВАЕТСЯ а) верхняя полая вена б) нижняя полая вена в) аорта г) легочная вена д) легочный ствол	в)	Анатомия
ОПК-10	СГИБАНИЕ В ЛОКТЕВОМ СУСТАВЕ СОВЕРШАЕТ а) трехглавая мышца плеча б) двухглавая мышца плеча в) квадратный пронатор г) дельтовидная мышца д) трапециевидная мышца	б)	Анатомия
ОПК-10	СУСТАВ, НА КОТОРЫЙ ДЕЙСТВУЕТ ЖЕВАТЕЛЬНАЯ ГРУППА МЫШЦ, НАЗЫВАЕТСЯ а) атланта-затылочный б) срединный атланта-аксиальный в) латеральный атланта-аксиальный г) височно-нижнечелюстной д) акромиально-ключичный	г)	Анатомия
ОПК-10	К МИМИЧЕСКИМ МЫШЦАМ ОТНОСИТСЯ а) круговая мышца рта б) жевательная мышца в) височная мышца г) медиальная крыловидная мышца д) латеральная крыловидная мышца	а)	Анатомия
ОПК-10	МОЛЕКУЛЫ ДНК В ОТЛИЧИЕ ОТ МОЛЕКУЛ БЕЛКА ВЫПОЛНЯЮТ ФУНКЦИЮ а) ускорения химических реакций б) обеспечения трофическим материалом в) хранения генетической информации г) транспорта веществ в клетке д) участие в сигнальных системах клетки	в)	Молекулярная биология
ОПК-10	МОЛЕКУЛЫ ДНК В ОТЛИЧИЕ ОТ МОЛЕКУЛ БЕЛКА ОБЛАДАЮТ СПОСОБНОСТЬЮ а) образовывать спираль б) образовывать вторичную структуру в) образовывать третичную структуру г) образовывать четвертичную структуру д) самоудваиваться	д)	Молекулярная биология
ОПК-10	ОПЕРОН – ЭТО а) участок ДНК для связывания гормонов б) единица координированной генетической экспрессии у бактерий в) единица репликации г) участок терминации транскрипции д) участок ДНК, кодирующий один белок	б)	Молекулярная биология
ОПК-10	УНИВЕРСАЛЬНОСТЬ ГЕНЕТИЧЕСКОГО КОДА – ЭТО а) наличие единого генетического кода для всех	а)	Молекулярная биология

	<p>живых существ на Земле</p> <p>б) кодирование одним триплетом одной либо нескольких аминокислот</p> <p>в) кодирование одной аминокислоты несколькими триплетами</p> <p>г) универсальность химической структуры ДНК для всех существ на Земле</p> <p>д) универсальность размеров ДНК для всех организмов</p>		
ОПК-10	<p>МУТАЦИИ НАКАПЛИВАЮТСЯ С ВОЗРАСТОМ В ГЕНОМЕ ЛЮБОЙ КЛЕТКИ ОРГАНИЗМА, НО НЕКОТОРЫЕ КЛЕТКИ ЗАЩИЩЕНЫ ОТ НИХ СИЛЬНЕЕ, И ЭТО</p> <p>а) мышечные клетки</p> <p>б) половые клетки или нейроны мозга</p> <p>в) эпителиальные клетки</p> <p>г) клетки соединительной ткани</p> <p>д) клетки костного мозга</p>	б)	Молекулярная биология
ОПК-10	<p>ГЕНЫ МОГУТ ПОПАДАТЬ В НЕСВОЙСТВЕННОЕ ИМ ОКРУЖЕНИЕ И НАЧИНАЮТ РАБОТАТЬ НЕ ТАК, КАК ОНИ ЭТО ДЕЛАЛИ В ИСХОДНОМ МЕСТЕ, ГДЕ БЫЛИ ОКРУЖЕНЫ ПОДОБРАННЫМИ В ХОДЕ НОРМАЛЬНОЙ ЭВОЛЮЦИИ ГЕНОМНЫМИ РЕГУЛЯТОРНЫМИ ЭЛЕМЕНТАМИ. ЭТО МОЖЕТ ПРИВЕСТИ...</p> <p>а) к образованию новых генов</p> <p>б) к образованию онкогенов</p> <p>в) к образованию онкосупрессоров</p> <p>г) к образованию онкохелперов</p> <p>д) образованию химерных организмов</p>	б)	Молекулярная биология
ОПК-10	<p>ПОСТОЯННО ИЗМЕНЯЮЩИЙСЯ МАССИВ РАКОВЫХ КЛЕТОК ФОРМИРУЕТ БЕСЧИСЛЕННОЕ МНОЖЕСТВО ИХ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ, ПОЭТОМУ РАКОВЫЕ КЛЕТКИ МОГУТ</p> <p>а) изменять свой фенотип постоянно</p> <p>б) иметь один и тот же генотип</p> <p>в) могут успешно противодействовать лечению</p> <p>г) изменять генотип других клеток</p> <p>д) изменять генотип половых клеток</p>	в)	Молекулярная биология
ОПК-10	<p>СИСТЕМЫ, КОТОРЫЕ В НОРМЕ МЕШАЮТ НЕОГРАНИЧЕННОМУ ДЕЛЕНИЮ КЛЕТКИ, ВКЛЮЧАЮТ ТАК НАЗЫВАЕМЫЕ ГЕНЫ, КОТОРЫЕ ПОДАВЛЯЮТ РАЗВИТИЕ РАКА</p> <p>а) онкохелперы</p> <p>б) онкокиллеры</p> <p>в) онкосупрессоры</p> <p>г) онкоэнхансеры</p> <p>д) онкосайленсеры</p>	в)	Молекулярная биология
ОПК-10	<p>НАИБОЛЕЕ ИЗУЧЕННЫЙ МЕХАНИЗМ ЭПИГЕНЕТИЧЕСКОЙ РЕГУЛЯЦИИ</p>	д)	Молекулярная биология

	<p>АКТИВНОСТИ ГЕНОВ – ЭТО</p> <p>а) деацетилирование  б) ацетилирование  в) ассимилирование  г) деметилирование  д) метилирование</p>		
ОПК-10	<p>БОЛЬШИНСТВО ОПИСАННЫХ СЕГОДНЯ МИТОХОНДРИАЛЬНЫХ ГЕНОМОВ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ</p> <p>а) кольцевые типично спирализованные двуцепочечные молекулы ДНК  б) кольцевые суперспирализованные двуцепочечные молекулы ДНК  в) линейные типично спирализованные двуцепочечные молекулы ДНК  г) одноцепочечные спирализованные молекулы ДНК  д) одноцепочечные суперспирализованные молекулы ДНК</p>	б)	Молекулярная биология
ОПК-10	<p>БОЛЕЗНИ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ДЕЛЕЦИЯМИ МИТОХОНДРИАЛЬНОЙ ДНК</p> <p>а) синдром Эдварса  б) синдром Пирсона  в) синдром Патау  г) синдром Кернса-Сейра  д) синдром Дауна</p>	г)	Молекулярная биология
ОПК-10	<p>МЕТОД ФЛЮОРЕСЦЕНТНОЙ ГИБРИДИЗАЦИИ IN SITU ВКЛЮЧАЕТ</p> <p>а) применение уникальных красок для выявления нуклеотидных последовательностей ДНК  б) применение уникальных нуклеотидных последовательностей ДНК в качестве зонда для поиска нужных последовательностей ДНК в материале, полученном от пациента  в) применение уникальных новых молекул ДНК для сравнения  г) применение уникальных нуклеотидных последовательностей ДНК для лечения  д) применение уникальных нуклеотидных последовательностей ДНК для реставрации старой ДНК</p>	б)	Молекулярная биология
ОПК-10	<p>МЕТОД ФЛЮОРЕСЦЕНТНОЙ ГИБРИДИЗАЦИИ IN SITU ВКЛЮЧАЕТ ЭТАПЫ</p> <p>а) денатурация и гибридизация ДНК-зонда  б) гибридизация ДНК-зонда и постгибридизационная отмывка  в) гибридизация ДНК-зонда и люминесцентное микрофотографирование  г) анализ гибридизационных сигналов, люминесцентное микрофотографирование  д) денатурация, гибридизация ДНК-зонда, постгибридизационная отмывка, анализ гибридизационных сигналов в</p>	д)	Молекулярная биология

	люминесцентном микроскопе		
ОПК-10	<p>ДЛЯ ПЛАСТИНЧАТОЙ КОСТНОЙ ТКАНИ НЕ ХАРАКТЕРНО...</p> <p>а) образует компактное и губчатое вещество костей скелета б) формируется путём образования новых слоев на поверхности кости</p> <p>в) коллагеновые волокна построены из коллагена типа III</p> <p>г) коллагеновые волокна в пределах костной пластинки ориентированы упорядоченно</p> <p>д) каналы остеонов содержат кровеносные сосуды</p>	В.	Гистология
ОПК-10	<p>ВСТАВОЧНЫЙ ДИСК ПРОНИЗЫВАЮТ...</p> <p>а) микротрубочки</p> <p>б) толстые миофиламенты</p> <p>в) промежуточные миофиламенты</p> <p>г) десмосомы и щелевидные контакты</p> <p>д) Т-трубочки</p>	г)	Гистология
ОПК-10	<p>НАЗОВИТЕ МЕДИАТОР В НЕРВНО-МЫШЕЧНОМ СИНАПСЕ СКЕЛЕТНОЙ МЫШЦЫ...</p> <p>а) глицин</p> <p>б) ацетилхолин</p> <p>в) дофамин</p> <p>г) норадреналин</p> <p>д) адреналин</p>	б)	Гистология
ОПК-11	<p>ЭКСТЕНСИВНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ, ИЛИ ПОКАЗАТЕЛЬ СТРУКТУРЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТ:</p> <p>а) распределения частей в целом;</p> <p>б) динамику явления в развитии;</p> <p>в) темп прироста показателей;</p> <p>г) наглядность показателей;</p> <p>д) соотношение частей в совокупности.</p>	а)	ОЗД
ОПК-11	<p>СРЕДНИЙ УРОВЕНЬ ПРИЗНАКОВ ОПИСЫВАЕТСЯ СРЕДНИМИ ВЕЛИЧИНАМИ:</p> <p>а) критерий Пирсона, медиана, среднее квадратическое отклонение;</p> <p>б) коэффициент корреляции, коэффициент ассоциации, среднее квадратическое отклонение;</p> <p>в) мода, медиана, средняя арифметическая;</p> <p>г) критерий соответствия, критерий асимметрии, критерий эксцесса;</p> <p>д) медиана, мода, критерий Спирмена.</p>	в)	ОЗД
ОПК-11	<p>ГЕНЕРАЛЬНАЯ СОВОКУПНОСТЬ - ЭТО:</p> <p>а) репрезентативная совокупность с точки зрения содержания составляющих ее элементов, их соотношения и закономерностей;</p> <p>б) часть статистической совокупности, обладающая всеми ее свойствами;</p> <p>в) все сто процентов единиц изучаемого объекта.</p>	в)	ОЗД
ПК-1	<p>ПРЕПАРАТ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ОТЕКА ЛЕГКИХ У БОЛЬНОГО С ОИМ И НОРМАЛЬНЫМ АД</p>	б)	Клиническая фармакология

	<p>а) Строфантин  б) Нитроглицерин  в) Маннитол  г) Преднизолон  д) Нордреналин</p>		
ПК-1	<p>9. ПРЕПАРАТОМ, СТИМУЛИРУЮЩИМ  КАРБАМОИЛФОСФАТСИНТЕТАЗУ,  УЧАСТВУЮЩУЮ В ОБЕЗВРЕЖИВАНИИ  АММИАКА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) гептрал  б) гепасол  в) гепа- мерц  г) гепабене д) гепатофалькпланта</p>	в)	Клиническая фармакология
ПК-1	<p>ЛЕЧЕБНАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА АЛЬФА-  НОРМИКСА ПРИ ПЭ СОСТАВЛЯЕТ</p> <p>а) 600 мг  б) 800 мг  в) 1000 мг  г) 1200 мг  д) 2400 мг</p>	г)	Клиническая фармакология
ПК-1	<p>ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ НЕПРЯМЫХ  АНТИКОАГУЛЯНТОВ ИСПОЛЬЗУЮТ</p> <p>а) протамин сульфат  б) витамин К  в) аскорбиновую кислоту  г) аминокaproновую кислоту  д) витамин В-12</p>	б)	клиническая фармакология
ПК-1	<p>К БЛОКАТОРАМ NA-КАНАЛОВ ОТНОСИТСЯ</p> <p>а) мебеверин  б) платифиллин  в) дицетел  г) спазмонет  д) тримебутин</p>	а)	Клиническая фармакология
ПК-1	<p>ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ  ЭКСТРАСИСТОЛИИ НА ФОНЕ СИНУСОВОЙ  ТАХИКАРДИИ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ</p> <p>а) бета-блокаторы  б) верепамил  в) лидокаин  г) хинидин  д) метопролол</p>	а)	Клиническая фармакология
ПК-1	<p>14. БЛОКАТОРОМ КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ  ЯВЛЯЕТСЯ а) аймалин б) амиодарон в) верапамил  г) этмозин д) нитроглицерин</p>	в)	Клиническая фармакология
ПК-1	<p>ЭНЕРГИЯ ПЕРВОГО РАЗРЯДА МОНОФАЗНОГО  ДЕФИБРИЛЯТОРА ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ  ЖЕЛУДОЧКОВ</p> <p>а) 360 Дж  б) 2-4 Дж  в) 100 Дж  г) 200 Дж  д) не важно</p>	а)	Анестезиология и реаниматология



ПК-1	<p>ОТЛИЧИТЬ БЕДРЕННУЮ ГРЫЖУ ОТ ВАРИКОЗНОГО УЗЛА В ОБЛАСТИ ОВАЛЬНОЙ ЯМКИ МОЖНО С ПОМОЩЬЮ:</p> <p>а) восходящей функциональной флебографии;  б) аускультации живота;  в) локальной термометрии  г) пункции узла;  д) термографии.</p>	а)	ПП по неотложным медицинским манипуляциям пациентам хирургического профиля
ПК-1	<p>ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ КОНКРЕМЕНТЫ ВОСНОВНОМ ОБРАЗУЮТСЯ</p> <p>а) во внутривеночных желчных путях  б) в общем печеночном протоке  в) в желчном пузыре  г) в общем желчном протоке  д) в вирсунговом протоке</p>	в)	ПП по неотложным медицинским манипуляциям пациентам хирургического профиля
ПК-1	<p>В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ПРИ НАЧАВШЕМСЯ ЖЕЛУДОЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ МОЖЕТ ИМЕТЬ МЕСТО</p> <p>а) мелена  б) симптом мышечной защиты  в) рвота желудочным содержимым цвета "кофейной кишки" г) брадикардия  д) коллапс</p>	д)	ПП по неотложным медицинским манипуляциям пациентам хирургического профиля
ПК-1	<p>НАПРЯЖЕНИЕ МЫШЦ В ПРАВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ, НЕРЕДКО ВОЗНИКАЮЩЕЕ ПРИ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЕ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, МОЖНО ОБЪЯСНИТЬ</p> <p>а) затеканием содержимого по правому боковому каналу  б) рефлекторными связями через спинномозговые нервы  в) скоплением воздуха в брюшной полости, в частности в правой подвздошной области  г) развивающимся разлитым перитонитом  д) висцеро-висцеральным рефлексом с червеобразного отростка</p>	а)	ПП по неотложным медицинским манипуляциям пациентам хирургического профиля
ПК-1	<p>ПРИКРЫТОЙ ПЕРФОРАЦИИ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА ИЛИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ СПОСОБСТВУЮТ</p> <p>а) малый диаметр прободного отверстия  б) незначительное наполнение желудка  в) топографическая близость соседних органов  г) большой диаметр прободного отверстия  д) хорошо развитый большой сальник</p>	в)	ПП по неотложным медицинским манипуляциям пациентам хирургического профиля
ПК-1	<p>СИНДРОМ "ВЕРХНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ" ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРОЯВЛЕНИЕМ</p> <p>а) гистоплазмоза(склерозирования средостения)  б) внутригрудного зоба  г) аневризмы грудной аорты  г) сдавливающего перикардита д) бронхогенной</p>	д)	ПП по неотложным медицинским манипуляциям пациентам хирургического профиля

	карциномы		
ПК-1	Нормальным уровнем SO <sub>2</sub> (%) является показатель а) 55% б) 70% в) 97% г) 80% д) 60%	в)	Неотложные состояния в терапии
ПК-1	ПАТОГЕНЕЗ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА В СТАДИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОБУЛСЛВЕН а) действие иммуноглобулина А б) действие белков острой фазы в) действие образовавшихся медиаторов на клетки, органы и ткани г) действие альфа 2- глобулина д) действие иммуноглобулина D	в)	Неотложные состояния в терапии
ПК-1	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ОСТАНОВКИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ а) ацидоз б) гипокальциемия в) гиперкалиемия г) гиперфосфатемия д) уремия	в)	Неотложные состояния в терапии
ПК-1	ГИПЕРКАТАБОЛИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ОПН ЯВЛЯЮТСЯ а) лекарственная б) постренальная в) Краш-синдром г) преренальная д) гепато-ренальный синдром	в)	Неотложные состояния в терапии
ПК-1	НАИМЕНЬШИЙ РИСК УЧАСТИЯ В ПАНОГЕНЕЗЕ РЕНАЛЬНОЙ ФОРМЫ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕН а) отравления тяжелыми металлами б) отравления фосфором в) уросепсис г) реакция на аортально-ренальную ангиографию д) ишемия почек при шоке	д)	Неотложные состояния в терапии
ПК-1	ВЫВИХ АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ а) признаком Маркса б) симптомом "треугольной подушки" в) симптомом "клавиши" г) пружинящим движением в плечевом поясе д) симптомом Ларрея	в)	Травматология и ортопедия
ПК-1	НАИБОЛЕЕ НАДЕЖНЫМ И ЭФФЕКТИВНЫМ СПОСОБОМ ОБЕЗБОЛИВАНИЯТ ПРИ СВЕЖИХ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ а) Подкожное введение наркотика б) Блокада запирающих нервов в) Введение анестетика в место перелома г) Наркоз д) Анестезия по Школьникову-Селиванову	д)	Травматология и ортопедия
ПК-1	ДЛЯ ГЕМАРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ	г)	Травматология и ортопедия

	<ul style="list-style-type: none"> <li>а) кровоподтек</li> <li>б) боль</li> <li>в) нарушение функции конечности</li> <li>г) баллотирование надколенника</li> <li>д) разрыв межберцового синдесмоза</li> </ul>		
ПК-1	<p><b>КОНТРАКТУРОЙ НАЗЫВАЮТ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) полную неподвижность в суставе</li> <li>б) незначительный объем подвижности в суставе качательного характера</li> <li>в) наличие тугой подвижности в области ложного сустава</li> <li>г) ограничение нормальной амплитуды движений</li> <li>д) патологические движения в суставе</li> </ul>	г)	Травматология и ортопедия
ПК-1	<p><b>ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ НЕОСЛОЖНЁННОЙ ФОРМЫ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) биохимический анализ крови</li> <li>б) УЗИ в) РХПГ</li> <li>г) внутривенная холангиография</li> <li>д) МСКТ с болюсным контрастированием</li> </ul>	б)	ПП Неотложные манипуляции пациентам хирургического профиля
ПК-1	<p><b>К ОСНОВНОМУ СИМПТОМУ ПЕРИТОНИТА ОТНОСЯТ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) рвота</li> <li>б) боли в животе</li> <li>в) кровавый стул</li> <li>г) задержка стула и газов</li> <li>д) напряжение мышц передней брюшной стенки</li> </ul>	д)	ПП Неотложные манипуляции пациентам хирургического профиля
ПК-1	<p><b>К ОСЛОЖНЕНИЯМ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ОТНОСЯТ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) пигментацию кожи</li> <li>б) индурацию подкожной клетчатки</li> <li>в) трофические язвы</li> <li>г) тромбофлебит</li> <li>д) слоновость</li> </ul>	г)	ПП Неотложные манипуляции пациентам хирургического профиля
ПК-1	<p><b>СИМПТОМ ТРОЯНОВА - ТРЕНДЕЛЕНБЕРГА СЛУЖИТ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) недостаточности остиального клапана при варикозном расширении вен нижних конечностей</li> <li>б) острого тромбофлебита глубоких вен бедра</li> <li>в) синдрома Лериша</li> <li>г) посттромбофлебитической болезни д) болезни Бюргера</li> </ul>	б)	ПП Неотложные манипуляции пациентам хирургического профиля
ПК-1	<p><b>МАРШЕВАЯ ПРОБА ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) несостоятельных коммуникативных вен</li> <li>б) проходимости глубоких вен нижних конечностей</li> <li>в) недостаточности артериального кровообращения в нижних конечностях</li> <li>г) тромбоза подколенной артерии</li> <li>д) острого тромбофлебита</li> </ul>	б)	ПП Неотложные манипуляции пациентам хирургического профиля
ПК-1	<p><b>ПРОБА ПРЕТТА ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) проходимости глубоких вен нижних конечностей</li> </ul>	в)	ПП Неотложные манипуляции пациентам

	б) недостаточности артериального кровообращения в нижних конечностях в) несостоятельных коммуникативных вен г) острого тромбоза д) тромбоза подколенной артерии		хирургического профиля
ПК-1	ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА КРОВОТОЧАЩЕЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ: а) анализ кала на скрытую кровь б) контрастную рентгеноскопию желудка в) анализ желудочного сока на скрытую кровь г) фиброгастроскопию д) определение гемоглобина и гематокрита	г)	ПП Неотложные манипуляции пациентам хирургического профиля
ПК-1	МЕТАСТАЗЫ КАРЦИНОИДА В ПЕЧЕНЬ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОПУХОЛИ: а) в тощей кишке б) в подвздошной кишке в) в червеобразном отростке г) в толстой кишке д) в прямой кишке	б)	ПП Неотложные манипуляции пациентам хирургического профиля
ПК-1	ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ У ПОЖИЛЫХ, КАК ПРАВИЛО, ПРИМЕНЯЮТ РАЗРЕЗ: а) параректальный; б) среднюю срединную лапаротомию; в) косой через точку Мак-Бернея; г) нижнюю срединную лапаротомию; д) все неверно.	в)	Геронтология и гериатрия в хирургии
ПК-1	ПЕРЕД ЭКСТРЕННОЙ ОПЕРАЦИЕЙ АППЕНДЭКТОМИЕЙ У ПОЖИЛЫХ НЕ БУДЕТЕ НАЗНАЧАТЬ: а) бритье зоны операции; б) очистительную клизму; в) премедикацию; г) общий анализ крови; д) общий анализ мочи.	б)	Геронтология и гериатрия в хирургии
ПК-1	ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ОПАСНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У ПОЖИЛОГО БОЛЬНОГО: а) вскрытие желчного пузыря при выделении; б) оставление камней в холедохе; в) оставление длинной культы пузырного протока; г) оставление компенсированного стеноза БДС; д) повреждение общего желчного протока.	д)	Геронтология и гериатрия в хирургии
ПК-1	НАЗОВИТЕ ПОКАЗАНИЕ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПАНКРЕОНЕКРОЗА В ПОЗДНЕЙ ФАЗЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПОЖИЛЫХ а) панкреатогенный шок; б) гиповолемические нарушения; в) гнойные осложнения; г) внешнесекреторная недостаточность	а)	Геронтология и гериатрия в хирургии

	поджелудочной железы; д) печеночная недостаточность.		
ПК-1	ПРИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ И КРАЙНЕ ТЯЖЕЛОМ СОСТОЯНИИ ПОЖИЛОГО БОЛЬНОГО С ОПУХОЛЬЮ ВОСХОДЯЩЕЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНА ОПЕРАЦИЯ: а) обходной илеотрансверзоанастомоз; б) правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзостомией; в) правосторонняя гемиколэктомия, илеотрансверзостомия, туалет и дренирование брюшной полости; г) илеотрансверзостомия, туалет и дренирование брюшной полости; д) цекостомия.	д)	Геронтология и гериатрия в хирургии
ПК-1	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ИСХОД ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ: а) развитие спаечной болезни; б) формирование абсцессов брюшной полости; в) внутреннее кровотечение; г) несостоятельность швов на кишке; д) выздоровление.	д)	Геронтология и гериатрия в хирургии
ПК-1	БОЛЬНОМУ С ГИПЕРТЕРМИЕЙ, НАРУШЕНИЕМ СОЗНАНИЯ, ЦЕНТРАЛЬНЫМИ ПАРЕЗАМИ КОНЕЧНОСТЕЙ МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕН ДИАГНОЗ а) менингит б) энцефалит в) миелит г) полиневрит д) эпилепсия	б)	Неврология
ПК-1	ПРИ МИЕЛИТЕ У ПАЦИЕНТА ВОЗНИКАЕТ а) нарушение речи. б) галлюцинаторный синдром. в) бульбарный паралич. г) спастическая параплегия д) нарушение сознания	г)	Неврология
ПК-1	ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ а) менингита б) полиомиелита в) энцефалита г) полирадикулоневрита д) неврита	в)	Неврология
ПК-1	ДЛЯ ПОЛИОМИЕЛИТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА ХАРАКТЕРНЫ а) периферические параличи в дистальных отделах верхних конечностей б) периферические параличи в проксимальных отделах нижних конечностей	в)	Неврология

	<p>в) периферические параличи в проксимальных отделах верхних конечностей</p> <p>г) периферические параличи мышц туловища</p> <p>д) периферический паралич мимических мышц</p>		
ПК-1	<p>ДЛЯ ОБОСНОВАНИЯ ДИАГНОЗА БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА РЕШАЮЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ а) поражение экстрапирамидной системы</p> <p>б) нарушение обмена меди</p> <p>в) поражение печени</p> <p>г) поражение коры головного мозга</p> <p>д) поражение почек</p>	б)	Неврология
ПК-1	<p>ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ХАРАКТЕРНО</p> <p>а) птоз</p> <p>б) гипестезия половины лица</p> <p>в) парез мимической мускулатуры половины лица</p> <p>г) слезотечение</p> <p>д) расходящееся косоглазие</p>	в)	Неврология
ПК-1	<p>ДИССОЦИИРОВАННЫЕ НАРУШЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПО СЕГМЕНТАРНОМУ ТИПУ ПРИ СИРИНГОМИЕЛИИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ</p> <p>а) выпадением глубокой при сохранности болевой</p> <p>б) выпадением болевой при сохранности температурной</p> <p>в) выпадением только болевой при сохранности глубокой</p> <p>г) сохранностью болевой при выпадении температурной</p> <p>д) сохранностью глубокой при выпадении болевой и температурной</p>	д)	Неврология
ПК-1	<p>ТИП НАСЛЕДОВАНИЯ МИОПАТИИ ДЮШЕННА</p> <p>а) аутосомно-доминантный</p> <p>б) аутосомно-рецессивный</p> <p>в) рецессивный, сцепленный с X-хромосомой</p> <p>г) доминантный, сцепленный с X-хромосомой</p> <p>д) мультифакториальный</p>	в)	Неврология
ПК-1	<p>ТИП НАСЛЕДОВАНИЯ ХОРЕИ ГЕНТИНГТОНА</p> <p>а) аутосомно-доминантный</p> <p>б) аутосомно-рецессивный</p> <p>в) рецессивный, сцепленный с X- хромосомой</p> <p>г) доминантный, сцепленный с X-хромосомой</p> <p>д) мультифакториальный</p>	а)	Неврология
ПК-1	<p>ВНЕЗАПНАЯ ОСТРАЯ ПОТЕРЯ ЗРЕНИЯ У ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА ХАРАКТЕРНА</p> <p>а) для возрастной макулодистрофии</p> <p>б) для атрофии зрительного нерва</p> <p>в) для непроходимости центральной артерии сетчатки</p> <p>г) для пигментной дистрофии сетчатки д) для</p>	в)	Офтальмология

	гипертонической ангиопатии		
ПК-1	<p>ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПАРЕНХИМАТОЗНОГО КЕРАТИТА ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) роговичные проявления коллагенозов  б) вирусная инфекция с поражением роговой оболочки  в) туберкулезные поражения роговой оболочки  г) паразитарные заболевания роговой оболочки  д) поздние проявления врожденного сифилиса</p>	д)	Офтальмология
ПК-1	<p>В ЭТИОЛОГИИ КЕРАТИТОВ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ</p> <p>а) гипертоническая болезнь  б) сахарный диабет  в) ревматизм  г) заболевания ЖКТ  д) травма роговой оболочки</p>	д)	Офтальмология
ПК-1	<p>ОСТРЫЙ ИРИДОЦИКЛИТ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ</p> <p>а) с острым конъюнктивитом  б) с острым кератитом  в) с острым приступом закрытоугольной глаукомы  г) с острым склеритом  д) с эндофтальмитом</p>	в)	Офтальмология
ПК-1	<p>СТАРЧЕСКАЯ КАТАРАКТА – ЭТО</p> <p>а) острое инфекционное заболевание глаз  б) хроническое заболевание с повышением внутриглазного давления, снижением зрительных функций  в) дистрофическое заболевание сетчатки  г) помутнение хрусталика  д) воспаление радужной оболочки и цилиарного тела</p>	г)	Офтальмология
ПК-1	<p>Б.РЕНТГЕНОГРАФИЯ С ПРОТЕЗОМ БАЛТИНА–КОМБЕРГА ПОЗВОЛЯЕТ</p> <p>а) определить плотность инородного тела  б) исключить разрыв зрительного нерва  в) охарактеризовать объем излившейся крови в стекловидное тело и стадию процесса  г) охарактеризовать состояние ретробульбарного пространства  д) определить расположение инородного тела по отношению к оболочкам глаза</p>	д)	Офтальмология
ПК-1	<p>ПРИЧИНОЙ КАРДИОГЕННОГО ШОКА МОЖЕТ БЫТЬ</p> <p>а) анафилаксия  б) инфаркт миокарда  в) травма  г) кровопотеря  д) почечная колика</p>	б)	Анестезиология и реаниматология
ПК-1	<p>ШКАЛА ОЦЕНКИ ОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ СЕПСИСЕ</p> <p>а) RIFLE</p>	б)	Анестезиология и реаниматология

	б) SOFA в) RASS г) CAM-ICU д) SPOT		
ПК-1	ДЛЯ ОТРАВЛЕНИЯ ОПИАТАМИ ХАРАКТЕРНО а) анизокория б) мидриаз в) миоз г) величина зрачка не изменяется д) полиурия	в)	Анестезиология и реаниматология
ПК-1	ПРИ ХОБЛ У ПАЦИЕНТОВ РАЗВИВАЕТСЯ а) метаболический ацидоз б) метаболический алкалоз в) алкалоз Дэрроу г) респираторный алкалоз д) респираторный ацидоз	д)	Анестезиология и реаниматология
ПК-1	ПРИ ОТРАВЛЕНИИ УГАРНЫМ ГАЗОМ РАЗВИВАЕТСЯ а) циркуляторная гипоксия б) гемическая гипоксия в) тканевая гипоксия г) респираторная гипоксия д) анемия	б)	Анестезиология и реаниматология
ПК-1	СЕПТИЧЕСКИЙ ШОК ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ а) дистрибутивных б) кардиогенных в) обструктивных г) гиповолемических д) нейрогенных	а)	Анестезиология и реаниматология
ПК-1	ДЛЯ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО МЕТАБОЛИЧЕСКОГО АЦИДОЗА ХАРАКТЕРНО а) повышение $P_aCO_2$ б) повышение pH в) дефицит оснований г) брадикардия д) анемия	в)	Анестезиология и реаниматология
ПК-1	В НОРМЕ pH АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ ЧЕЛОВЕКА а) 7,0 б) 7,25 – 7,45 в) 7,35 – 7,45 г) 7,45 – 7,55 д) 0-14	в)	Анестезиология и реаниматология
ПК-1	ДЛЯ ГИПОКАЛИЕМИИ ХАРАКТЕРНО а) уплощение или инверсия зубца T б) развитие делирия в) элевация сегмента ST г) головная боль д) диарея	а)	Анестезиология и реаниматология
ПК-1	ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ НЕЖИЗНЕСПОСОБНОЙ ПЕТЛИ КИШКИ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ ОТВОДЯЩИЙ ОТРЕЗОК КИШКИ ДОЛЖЕН БЫТЬ РЕЗЕЦИРОВАН, ОТСТУПАЯ ОТ ВИДИМОЙ ГРАНИЦЫ НЕКРОЗА	б)	Госпитальная хирургия



	<p>НА РАССТОЯНИЕ:</p> <p>а) 5-10 см  б) 15-20 см  в) 25-30 см  г) 35-40 см  д) 45-50 см</p>		
ПК-1	<p>ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ БОЛЬНОЙ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА РИХТЕРОВСКОЕ УЩЕМЛЕНИЕ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ:</p> <p>а) наблюдение в течение 1-2 часов для уточнения диагноза, а затем операцию.  б) выполнение срочной операции.  в) наблюдение.  г) консервативное лечение.  д) выпрямление грыжи.</p>	а)	Госпитальная хирургия
ПК-1	<p>К ГРЫЖАМ, ТРЕБУЮЩИМ ПЕРВООЧЕРЕДНОЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ В СВЯЗИ С ЧАСТЫМИ УЩЕМЛЕНИЯМИ, ОТНОСЯТСЯ:</p> <p>а) бедренные.  б) косые паховые.  в) пупочные.  г) грыжи белой линии живота.  д) прямые паховые.</p>	а)	Госпитальная хирургия
ПК-1	<p>ОСЛОЖНЕНИЕМ КАКОГО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫЙ ЭЗОФАГИТ:</p> <p>а) рака желудка  б) язвенной болезни 12 п. кишки  в) кардиаспазма  г) скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы  д) хронического гастрита</p>	г)	Госпитальная хирургия
ПК-1	<p>ДИСФАГИЯ ПОСЛЕ ФУНДОПЛИКАЦИИ ПО НИССЕНУ ОБУСЛОВЛЕНА:</p> <p>а) повреждением блуждающих нервов.  б) повреждением диафрагмального нерва.  в) гиперфункцией манжеты.  г) рецидивом грыжи  д) пневмотораксом</p>	в)	Госпитальная хирургия
ПК-1	<p>ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕФЛЮКС-ГАСТРИТА ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПО Б-11 НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНИТЬ:</p> <p>а) наложение дополнительного гастроэнтероанастомоза,  б) реконструктивную операцию по Ру  в) реконструкцию по Б-1  г) стволовую ваготомию,  д) еюностомию.</p>	г)	Госпитальная хирургия
ПК-1	<p>ИЗЪЯТИЕ ОРГАНА СЧИТАЕТСЯ НЕВОЗМОЖНЫМ ПРИ: а) доказанной системной инфекции (сепсис, септицемия)</p>	а)	Госпитальная хирургия

	<p>б) инфекционных заболеваниях (вирусный гепатит, ВИЧ, сифилис)</p> <p>в) при злокачественной опухоли мозга</p> <p>г) длительный период гипотензии или асистолии</p> <p>д) наличие в анамнезе у донора врожденной патологии</p>		
ПК-1	<p><b>ПОЗДНИМ ПРИЗНАКОМ УЩЕМЛЕНИЯ НАРУЖНОЙ ГРЫЖИ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ЯВЛЯЕТСЯ:</b></p> <p>а) резкая боль;</p> <p>б) внезапная невправимость грыжи;</p> <p>в) болезненность и напряжение грыжевого выпячивания;</p> <p>г) острое начало заболевания;</p> <p>д) высокая температура.</p>	д)	Госпитальная хирургия
ПК-1	<p><b>РИХТЕРОВСКОЕ УЩЕМЛЕНИЕ ЭТО</b></p> <p>а) ущемление кишечника в области дуоденальнотощекишечного перехода;</p> <p>б) ущемление перекрученной сигмовидной кишки;</p> <p>в) ущемление желудка в диафрагмальной грыже;</p> <p>г) пристеночное ущемление кишки;</p> <p>д) ущемление Меккелева дивертикула.</p>	г)	Госпитальная хирургия
ПК-1	<p><b>ТАКТИКА ПРИ САМОПРОИЗВОЛЬНОМ ВПРАВЛЕНИИ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ ПРИ ОТСУТСТВИИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ СО СТОРОНЫ ЖИВОТА:</b></p> <p>а) больного можно отпустить домой и оперировать затем в плановом порядке;</p> <p>б) показана экстренная операция – грыжесечение;</p> <p>в) показана экстренная операция – лапаротомия с ревизией кишечника;</p> <p>г) не оперировать больного, тщательно наблюдая за ним в условиях хирургического стационара;</p> <p>д) все из предложенного неверно.</p>	г)	Госпитальная хирургия
ПК-1	<p><b>УЩЕМЛЕННУЮ БЕДРЕННУЮ ГРЫЖУ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С:</b></p> <p>а) ущемленной паховой грыжей;</p> <p>б) варикозны расширением вен в области овальной ямки;</p> <p>в) хроническим лимфаденитом;</p> <p>г) холодным натечником;</p> <p>д) липомой.</p>	а)	Госпитальная хирургия
ПК-1	<p><b>ПЕРВООЧЕРЕДНОЕ МЕРОПРИЯТИЕ ПРИ УЩЕМЛЕННОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕ МНОГОЧАСОВОЙ ДАВНОСТИ:</b></p> <p>а) теплая ванна;</p> <p>б) попытка вправления грыжи;</p> <p>в) срочная операция;</p> <p>г) спазмолитики для облегчения вправления грыжи;</p> <p>д) анальгетики перед вправлением грыжи.</p>	в)	Госпитальная хирургия
ПК-1	<p><b>ПРИ ПОДОЗРЕНИЕ НА РИХТЕРОВСКОЕ</b></p>	г)	Госпитальная

	<p>УЩЕМЛЕНИЕ ВЫПОЛНИТЕ</p> <p>а) наблюдение до точного установления диагноза;</p> <p>б) консервативное лечение;</p> <p>в) вправление грыжи;</p> <p>г) наблюдение в течение 3 час, при отсутствии эффекта – операция;</p> <p>д) срочную операцию.</p>		хирургия
ПК-1	<p>У БОЛЬНОГО ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА И УЩЕМЛЕННАЯ ГРЫЖА. ВАША ТАКТИКА:</p> <p>а) наблюдение, холод на живот;</p> <p>б) произвести вправление грыжи;</p> <p>в) наложить бандаж;</p> <p>г) ввести внутривенно спазмолитики;</p> <p>д) срочно оперировать в сочетании с интенсивной кардиальной терапией.</p>	д)	Госпитальная хирургия
ПК-1	<p>РАННИМ ПРИЗНАКОМ УЩЕМЛЕНИЯ ГРЫЖИ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ЯВЛЯЕТСЯ.</p> <p>а) невосприимчивость грыжи и боль</p> <p>б) лейкоцитоз.</p> <p>в) большие размеры выпячивания.</p> <p>г) повышение температуры тела.</p> <p>д) гиперемия в области грыжи.</p>	а)	Госпитальная хирургия
ПК-1	<p>ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ ЧАЩЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ</p> <p>а) экстренная операция</p> <p>б) срочная операция</p> <p>в) только консервативная терапия</p> <p>г) консервативная терапия и затем плановая операция</p> <p>д) все перечисленное</p>	д)	Госпитальная хирургия
ПК-1	<p>ЭКСТРЕННАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПОКАЗАНА В СЛУЧАЕ</p> <p>а) обтурации пузырного протока</p> <p>б) холецистопанкреатита</p> <p>в) печеночной колики</p> <p>г) механической желтухи</p> <p>д) перфоративного холецистита</p>	д)	Госпитальная хирургия
ПК-1	<p>ОСНОВНЫМ ПАРАКЛИНИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) биохимический анализ крови</p> <p>б) УЗИ живота</p> <p>в) КТ живота</p> <p>г) МРТ живота</p> <p>д) лапароскопия</p> <p>е) лапароцентез</p>	д)	Госпитальная хирургия
ПК-1	<p>ОСНОВНЫМ ПАРАКЛИНИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) биохимический анализ крови</p> <p>б) УЗИ живота</p> <p>в) КТ живота</p>	б)	Госпитальная хирургия

	г) МРТ живота д) лапароскопия е) лапароцентез		
ПК-1	ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ НЕОСЛОЖНЁННОЙ ФОРМЫ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ а) биохимический анализ крови б) УЗИ в) РХПГ г) внутривенная холангиография д) МСКТ с болюсным контрастированием	б)	Факультетская хирургия
ПК-1	К ОСНОВНОМУ СИМПТОМУ ПЕРИТОНИТА ОТНОСЯТ а) рвота б) боли в животе в) кровавый стул г) задержка стула и газов д) напряжение мышц передней брюшной стенки	д)	Факультетская хирургия
ПК-1	К ОСЛОЖНЕНИЯМ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ОТНОСЯТ а) пигментацию кожи б) индурацию подкожной клетчатки в) трофические язвы г) тромбоз д) слоновость	г)	Факультетская хирургия
ПК-1	К ОБЛИГАТНЫМ ПРЕДРАКАМ ПРЯМОЙ КИШКИ ОТНОСИТСЯ а) анальная трещина б) ворсинчатый полип в) геморрой г) проктит д) болезнь Крона	б)	Факультетская хирургия
ПК-1	НАРУЖНЫЕ ГРЫЖИ ЖИВОТА ФОРМИРУЮТСЯ ЧЕРЕЗ а) дефекты кожи б) дефекты в подкожной клетчатке и фасции в) дефекты в париетальной брюшине брюшной стенки г) дефекты в висцеральной брюшине д) дефекты в мышечно-апоневротическом слое брюшной стенки	д)	Факультетская хирургия
ПК-1	ДОКАЗАННОЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВИРУСНЫХ ДИАРЕЙ ОБЛАДАЮТ МЕТОДЫ а) диетотерапии, регидратационной терапии, энтеросорбции б) антибиотикотерапии энтеросорбции в) иммунотерапии, энтеросорбции г) серотерапии д) эфферентной терапии	а)	Детские инфекции
ПК-1	ДЛЯ СОЗДАНИЯ ПРОТИВОДИФТЕРИЙНОГО ИММУНИТЕТА ПРИМЕНЯЮТ а) анатоксин б) рекомбинантную вакцину в) живую ослабленную вакцину г) нормальный иммуноглобулин человека	а)	Детские инфекции

	д) убитую вакцину		
ПК-1	ПРИ ВИРУСНЫХ ДИАРЕЯХ ДЛЯ ОРАЛЬНОЙ РЕГИДРАТАЦИИ У ДЕТЕЙ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧАТЬ а) гипоосмолярные растворы б) рисовый отвар в) гиперосмолярные растворы г) раствор Рингера д) 5% раствор глюкозы	а)	Детские инфекции
ПК-1	ДЛЯ ЭТИОТРОПНОЙ ГРИППА У ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЮТ а) осельтамивир, занамивир б) амоксициллин, азитромицин в) амброксол, карбоцестин г) азидотимидин, абакавир д) амикацин, цефтриаксон	а)	Детские инфекции
ПК-1	ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА ПРИ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЕ 12 П. КИШКИ С ЯВЛЕНИЯМИ ПЕРИТОНИТА ЯВЛЯЕТСЯ а) ушивание перфоративного отверстия б) резекция желудка в) иссечение язвы г) ушивание перфоративного отверстия и ваготомия д) гастрэктомия	а)	ПП Неотложные медицинские манипуляции пациентам хирургического профиля
ПК-1	ПРИ ГАНГРЕНЕ, ПОРАЖАЮЩЕЙ ОДНУ ИЗ ДОЛЕЙ ЛЕГКОГО, РЕКОМЕНДУЕТСЯ а) ежедневная санация бронхиального дерева через бронхоскоп б) введение антибиотиков в легочную артерию в) лобэктомия г) интенсивная терапия с эндобронхиальным введением антибиотиков д) комплексная терапия, включающая все названные выше консервативные методы лечения	в)	ПП Неотложные медицинские манипуляции пациентам хирургического профиля
ПК-1	В СЛУЧАЕ ЖЕЛЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЭКСТРЕННАЯ ОПЕРАЦИЯ ПОКАЗАНА ПРИ а) окклюзии пузырного протока б) холецисто-панкреатите в) перфоративном холецистите г) механической желтухе д) печеночной колике	д)	ПП Неотложные медицинские манипуляции пациентам хирургического профиля
ПК-1	ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА ОБНАРУЖЕН ВЫПОТ С ПРИМЕСЬЮ ЖЕЛЧИ, ЖЕЛЧНОЕ ПРОПИТЫВАНИЕ ГЕПАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ СВЯЗКИ И ШЕЙКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ, ПРИЧИНА ЭТИХ ИЗМЕНЕНИЙ: а) деструктивный холецистит б) ферментаривный холецистит в) деструктивный панкреатит г) перфорация пилородуоденальной язвы д) гнойный холангит	б)	ПП Неотложные медицинские манипуляции пациентам хирургического профиля
ПК-1	ЧАСТИЧНОЕ УДАЛЕНИЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ	г)	ПП Неотложные

	<p>С ЭЛЕКТРОКОАГУЛЯЦИЕЙ ОСТАВШЕЙСЯ СЛИЗИСТОЙ ПОКАЗАНО ПРИ:</p> <p>а) гангренозном холецистите  б) перевезикальномасбцессе  в) синдроме Мириззи  г) плотном паравезикальном инфильтрате  д) атипичном расположении желчных протоков</p>		<p>медицинские манипуляции пациентам хирургического профиля</p>
ПК-1	<p>КРАЕВАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПЕЧЕНИ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ПРИ:</p> <p>а) повреждении элементов глиссоновой триады  б) повреждении нижней полой вены  в) огнестрельных и других краевых повреждениях печени  г) подкапсульных разрывах печени  д) отрыве сегмента печени</p>	г)	<p>ПП Неотложные медицинские манипуляции пациентам хирургического профиля</p>
ПК-1	<p>ПРИ РАНЕНИИ ЖЕЛУДКА ВЫПОЛНЯЕТСЯ:</p> <p>а) ваготомия+ушивание ран  б) ушивание ран желудка  в) резекция желудка  г) гастроэнтероанастомоз+ушивание ран  д) пилоропластика+ушивание ран</p>	г)	<p>ПП Неотложные медицинские манипуляции пациентам хирургического профиля</p>
ПК-2	<p>ЦЕЛИ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ а) оказание помощи женщине в регулировании процессов наступления беременности в оптимальные для нее сроки б) обеспечение рождения желанного ребенка в) предупреждение рождения нежеланного ребенка как в интересах женщины, так и в интересах мужчины г) обеспечение сохранения репродуктивного и соматического здоровья женщин д) все вышеперечисленные</p>	д)	<p>Помощник врача (гинекология)</p>
ПК-2	<p>ЧТО ТАКОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ?</p> <p>а) рождение желанных детей  б) прерывание беременности аборт  в) экстракорпоральное оплодотворение  г) внутриматочная контрацепция  д) гормональная контрацепция</p>	а)	<p>Помощник врача (гинекология)</p>
ПК-2	<p>ДЛЯ ЧЕГО НЕОБХОДИМО ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ?</p> <p>а) рождения желанных и здоровых детей  б) сохранения здоровых женщин  в) достижения гармонии в психосексуальных отношениях в семье  г) формирования нормальных социально-экономических условий в семье и обществе  д) всего вышеперечисленного</p>	д)	<p>Помощник врача (гинекология)</p>
ПК-2	<p>КАКИМИ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ИНТЕРВАЛЫ МЕЖДУ РОДАМИ?</p> <p>а) не менее 2 лет  б) не менее 3 лет  в) не менее 4 лет  г) не менее 5 лет  д) не менее 6 лет</p>	б)	<p>Помощник врача (гинекология)</p>

ПК-2	<p>СОВЕТЫ ЖЕНЩИНАМ ПО ПЛАНИРОВАНИЮ СЕМЬИ</p> <p>а) женщинам не следует рожать, когда они слишком молоды (до 20 лет)</p> <p>б) женщинам не следует планировать рожать, когда они для этого стары (свыше 35 лет)</p> <p>в) планировать количество детей</p> <p>г) планировать время рождения ребенка</p> <p>д) все вышеперечисленные</p>	д)	Помощник врача (гинекология)
ПК-2	<p>СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ТЯЖЕСТИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ МОЖЕТ ПРОИЗВОДИТЬСЯ НА ОСНОВАНИИ</p> <p>а) направления медицинского учреждения</p> <p>б) постановления органов дознания, следователя</p> <p>в) сопроводительного листа «скорой помощи»</p> <p>г) направления участкового</p> <p>д) самообращения</p>	б)	Судебная медицина
ПК-2	<p>СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ВЕЩЕСТВЕННЫХ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ ПРОИЗВОДИТСЯ НА ОСНОВАНИИ</p> <p>а) постановления следователя или определения суда</p> <p>б) ходатайства адвоката</p> <p>в) личного заявления потерпевшего</p> <p>г) направления эксперта</p> <p>д) заявления обвиняемого</p>	а)	Судебная медицина
ПК-2	<p>ОСНОВНОЙ ВОПРОС, ОТВЕТ НА КОТОРЫЙ ИНТЕРЕСУЕТ СЛЕДСТВИЕ ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ОБЪЕКТОВ ПОХОЖИХ НА СПЕРМУ</p> <p>а) образовано ли пятно семенной жидкостью</p> <p>б) если пятно образовано семенной жидкостью, то не происходит ли она от конкретного мужчины</p> <p>в) какова давность образования следа с семенной жидкостью</p> <p>г) имеются ли в сперме, обнаруженной в пятнах, отклонения от нормального состава</p> <p>д) наличие подвижных сперматозоидов</p>	б)	Судебная медицина
ПК-2	<p>СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА МОЖЕТ НАЗНАЧАТЬСЯ</p> <p>а) следователем</p> <p>б) начальником бюро судебно-медицинской экспертизы</p> <p>в) лечащим врачом</p> <p>г) муниципальными органами</p> <p>д) экспертом другого отдела</p>	а)	Судебная медицина
ПК-2	<p>ЭКСПЕРТ НЕСЕТ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ДАННОЕ ИМ ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</p> <p>а) коллективную</p> <p>б) от имени бюро смэ</p> <p>в) личную</p> <p>г) не несет ответственности</p> <p>д) перед начальником бюро</p>	в)	Судебная медицина

ПК-2	<p>СТАРЕНИЕ – ЭТО:</p> <p>а) разрушительный процесс, результат нарастающей с возрастом недостаточности физиологических функций</p> <p>б) закономерно наступающий заключительный период возрастного развития</p> <p>в) стабилизирующий жизнедеятельность, увеличивающий продолжительность жизни процесс</p> <p>г) созидательный процесс, результат жизненного опыта</p> <p>д) дестабилизирующий жизнедеятельность, уменьшающий продолжительность жизни процесс</p>	б)	Геронтология и гериатрия в терапии
ПК-2	<p>ТИПИЧНАЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА</p> <p>а) одиночество</p> <p>б) злоупотребление алкоголем</p> <p>в) склонность к суициду</p> <p>г) отказ от участия в общественной жизни</p> <p>д) реализация накопленного потенциала</p>	а)	Геронтология и гериатрия в терапии
ПК-2	<p>С КАКОГО УСЛОВНОГО СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ МОЖНО ПАЛЬПИРОВАТЬ УВЕЛИЧЕННУЮ МАТКУ ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ВЛАГАЛИЩНО-БРЮШНОСТЕНОЧНОМ ИССЛЕДОВАНИИ?</p> <p>а) 4 недели</p> <p>б) 5-6 недель</p> <p>в) 7-8 недель</p> <p>г) 11-12 недель</p> <p>д) 14 недель</p>	б)	ПП гинекологическая
ПК-2	<p>О ЧЕМ ДАЕТ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ БИМАНУАЛЬНОЕ ВЛАГАЛИЩНО-БРЮШНОСТЕНОЧНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ</p> <p>а) положении, величине, консистенции, подвижности матки б) подвижности придатков матки</p> <p>в) внутренней структуре матки</p> <p>г) наличии миомы матки 0 типа</p> <p>д) патологии смежных органов (кишечника, мочевого пузыря)</p>	а)	ПП гинекологическая
ПК-2	<p>ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ РЕКТО-АБДОМИНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ</p> <p>а) беременность</p> <p>б) отрицание половой жизни в анамнезе, девственность</p> <p>в) гинекологическая патология</p> <p>г) соматическая патология</p> <p>д) хирургическая патология</p>	б)	ПП гинекологическая
ПК-2	<p>В ВИДЕ ЧЕГО ПАЛЬПИРУЮТСЯ НЕИЗМЕНЕННЫЕ МАТОЧНЫЕ ТРУБЫ ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ВЛАГАЛИЩНО-БРЮШНОСТЕНОЧНОМ ИССЛЕДОВАНИИ</p>	д)	ПП гинекологическая



	<p>а) тяжёлой</p> <p>б) шнуров</p> <p>в) колбасовидных образований</p> <p>г) ретортообразных образований</p> <p>д) не пальпируются</p>		
ПК-2	<p>ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ МАТКА ПЛОТНАЯ. КАКОВА ПРИЧИНА ПРОДОЛЖАЮЩЕГОСЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ?</p> <p>а) гипотония матки</p> <p>б) атония матки</p> <p>в) травма шейки матки</p> <p>г) двс-синдром</p> <p>д) дефект плаценты</p>	в)	ПП ПВ (гинекология)
ПК-2	<p>КАКИЕ СОВЕТЫ ДОЛЖЕН ДАТЬ ВРАЧ ЖЕНЩИНЕ, ПОЛЬЗУЮЩЕЙСЯ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИЕЙ?</p> <p>а) курящим женщинам прекратить или уменьшить курение б) контролировать артериальное давление и вес</p> <p>в) сообщать любому врачу о приеме ОК при обращении к ним за медицинской или психологической помощью</p> <p>г) при желании забеременеть следует прекратить прием гормональных таблеток и использовать другой метод контрацепции (презерватив) в течение 2-3 месяцев</p> <p>д) все вышеперечисленные</p>	д)	ПП ПВ (гинекология)
ПК-2	<p>ЧТО НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ?</p> <p>а) возраст женщины</p> <p>б) наличие гинекологических заболеваний, при которых гормональные контрацептивы противопоказаны</p> <p>в) наличие экстрагенитальной патологии, при которой противопоказаны ОК</p> <p>г) фенотип женщины (схема шерегей) д) все вместе взятые</p>	д)	ПП ПВ (гинекология)
ПК-2	<p>КАКОЙ ВИД ГОРМОНАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ ПОРЕКОМЕНДОВАТЬ ЗДОРОВОЙ НЕРОЖАВШЕЙ ЖЕНЩИНЕ ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 35 ЛЕТ?</p> <p>а) монофазные препараты</p> <p>б) трехфазные препараты</p> <p>в) чистые гестагены</p> <p>г) посткоитальные препараты</p> <p>д) бифазные препараты</p>	б)	ПП ПВ (гинекология)
ПК-2	<p>ЧТО НЕ ОТНОСЯТ К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ КРИМИНАЛЬНОГО АБОРТА?</p> <p>а) пельвеоперитонит</p> <p>б) кровянистые выделения из влагалища</p>	в)	ПП ПВ (гинекология)

	<p>в) маточное кровотечение  г) сепсис  д) перфорацию матки</p>		
ПК-2	<p>К КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ СЕПТИЧЕСКОГО ШОКА НЕ ОТНОСЯТ?</p> <p>а) тахикардия, несоответствие частоты пульса с температурой  б) снижение ад, снижение температуры с высоких цифр до субфебриальных  в) бледность кожных покровов, акроцианоз  г) олигория, анурия  д) соответствие пульса с температурой</p>	д)	ПП ПВ (гинекология)
ПК-2	<p>СКОЛЬКО ВРЕМЕНИ РОЖЕНИЦА ОСТАЕТСЯ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ ПОСЛЕ РОДОВ?</p> <p>а) 30 минут  б) 1 час  в) 2 часа  г) 4 часа  д) 10 минут</p>	в)	ПП ПВ (гинекология)
ПК-2	<p>СКОЛЬКО ВРЕМЕНИ РОЖЕНИЦА ОСТАЕТСЯ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ ПОСЛЕ РОДОВ?</p> <p>а) 30 минут  б) 1 час  в) 2 часа  г) 4 часа  д) 5 часов</p>	в)	ПП ПВ (гинекология)
ПК-2	<p>КАКОВА ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ ПРИЧИНА КРОВОТЕЧЕНИЯ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ, ЕСЛИ ОНО ИМЕЕТ ПОСТОЯННЫЙ ХАРАКТЕР?</p> <p>а) гипотония матки  б) травма шейки матки  в) дефект плаценты  г) атония матки  д) коагулопатия</p>	б)	ПП ПВ (гинекология)
ПК-2	<p>ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ ПРИЧИНА КРОВОТЕЧЕНИЯ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ, ЕСЛИ КРОВЬ ВЫТЕКАЕТ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ С ПЕРИОДАМИ УСИЛЕНИЯ ИЛИ ОСЛАБЛЕНИЯ?</p> <p>а) гипотония матки  б) атония матки  в) травма шейки матки  г) нарушение свертываемости крови  д) дефект плаценты</p>	а)	ПП ПВ (гинекология)
ПК-2	<p>ВЕДУЩИМ СИНДРОМОМ В КЛИНИКЕ БРОНХИТА ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМ</p> <p>а) гидроторакса  б) повышенной воздушности легких  в) бронхиального раздражения  г) уплотнения лёгочной ткани  д) обтурационного ателектаза</p>	в)	Пропедевтика внутренних болезней

ПК-2	<p>ДИАСТОЛИЧЕСКОЕ ДАВЛЕНИЕ ЗНАЧИТЕЛЬНО СНИЖАЕТСЯ ПРИ</p> <p>а) митральной недостаточности  б) митральном стенозе  в) трикуспидальной недостаточности  г) аортальной недостаточности  д) недостаточности клапана легочной артерии</p>	г)	Пропедевтика внутренних болезней
ПК-2	<p>УЗЕЛКИ ГЕБЕРДЕНА И БУШАРА ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКОМ</p> <p>а) ревматоидного артрита  б) подагры  в) туберкулезного поражения сустава  г) ревматического артрита  д) остеоартрита</p>	д)	Пропедевтика внутренних болезней
ПК-2	<p>МИТРАЛЬНАЯ КОНФИГУРАЦИЯ СЕРДЦА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ</p> <p>а) тиреотоксикоза  б) стеноза левого атриовентрикулярного отверстия  в) кардиосклероза  г) стеноза устья аорты  д) трикуспидальной недостаточности</p>	б)	Пропедевтика внутренних болезней
ПК-2	<p>ПРИ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ</p> <p>а) сухие морщинистые  б) горячие и влажные  в) утолщены  г) цианотичны  д) бледные</p>	б)	Пропедевтика внутренних болезней
ПК-2	<p>БЫСТРО УВЕЛИЧИВАЮЩАЯСЯ И КАМЕНИСТО-ПЛОТНАЯ ПЕЧЕНЬ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ</p> <p>а) хроническом активном гепатите  б) хроническом персистирующем гепатите  в) прогрессировании сердечной недостаточности  г) жировом гепатозе  д) первичном раке печени</p>	д)	Пропедевтика внутренних болезней
ПК-2	<p>СИМПТОМ ОРТНЕРА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ</p> <p>а) хроническом панкреатите  б) желчекаменной болезни  в) хроническом гастрите  г) язвенной болезни желудка  д) хроническом дуодените</p>	б)	Пропедевтика внутренних болезней
ПК-2	<p>ЧАСТОТА ЭКГ- ИССЛЕДОВАНИЯ У ЛИЦ СТАРШЕ 40 ЛЕТ БЕЗ ПРИЗНАКОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ</p> <p>а) 1 раз в год  б) 1 раз в 2 года  в) 1 раз в 3 года  г) 1 раз в 4 года  д) только по показаниям</p>	а)	Поликлиническая терапия
ПК-2	<p>ЗАРАЖЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЧАЩЕ ПРОИСХОДИТ</p> <p>а) алиментарным путем</p>	г)	Фтизиатрия

	б) контактным путем в) трансплацентарным путем г) аэрогенным путем д) при хирургических вмешательствах		
ПК-2	<b>ГРУППА ПАЦИЕНТОВ, ИМЕЮЩИХ ВЫСОКИЙ РИСК ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ</b> а) пациенты, получающие лечение антибиотиками б) больные пневмонией в) пациенты с гипертериозом г) пациенты, получающие лечение глюкокортикостероидными препаратами д) больные гипертонической болезнью	г)	Фтизиатрия
ПК-2	<b>ПЕРИОДИЧЕСКИЙ КОНТАКТ РЕБЕНКА С БОЛЬНЫМ ОТКРЫТОЙ ФОРМОЙ ТУБЕРКУЛЕЗА</b> а) не имеет практического значения б) всегда приводит к заболеванию туберкулезом в) часто приводит к инфицированию г) всегда приводит к развитию латентной туберкулезной инфекции д) является противопоказанием к ревакцинации	в)	Фтизиатрия
ПК-2	<b>ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ АКТИВНОГО ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У НЕТРАНСПОРТАБЕЛЬНЫХ И МАЛОМОБИЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ ЯВЛЯЕТСЯ</b> а) посев мокроты на МБТ б) мазок мокроты на КУМ в) мультиспиральная компьютерная томография органов грудной клетки г) проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным д) проба Манту с 2 ТЕ	б)	Фтизиатрия
ПК-2	<b>ГИПЕРЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИЕЙ НА ПРОБУ С АЛЛЕРГЕНОМ ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ РЕКОМБИНАНТНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ</b> а) гиперемия 18 мм б) папула 16 мм в) папула 3 мм с гиперемией г) папула 14 мм д) папула 12 мм	б)	Фтизиатрия
ПК-2	<b>МЕСТО И МЕТОД ВВЕДЕНИЯ АЛЛЕРГЕНА ТУБЕРКУЛЕЗНОГО РЕКОМБИНАНТНОГО</b> а) наружная поверхность плеча внутрикожно б) наружная поверхность плеча подкожно в) наружная поверхность плеча внутримышечно г) внутренняя поверхность предплечья подкожно д) внутренняя поверхность предплечья внутрикожно	д)	Фтизиатрия
ПК-2	<b>ОДНА ДОЗА ТУБЕРКУЛИНА (2 ТЕ) ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОБЫ МАНТУ СОДЕРЖИТСЯ</b> а) в 1,0 мл раствора туберкулина б) в 0,5 мл раствора туберкулина	г)	Фтизиатрия

	<p>в) в 0,2 мл раствора туберкулина  г) в 0,1 мл раствора туберкулина  д) в 0,01 мл раствора туберкулина</p>		
ПК-2	<p>В КАКИЕ СРОКИ ПРЕДСТАВЛЯЮТСЯ НА ВК ПАЦИЕНТЫ, ЕСЛИ НАЗНАЧАЕТСЯ БОЛЕЕ ЧЕТЫРЕХ ПРЕПАРАТОВ ОДНОВРЕМЕННО</p> <p>а) 1 раз в месяц  б) 1 раз в 2 месяца  в) 1 раз в 3 месяца  г) 1 раз в 4 месяца  д) 1 раз в 6 месяцев</p>	в)	Психиатрия
ПК-2	<p>ГРАЖДАНИН МОЖЕТ БЫТЬ ВРЕМЕННО ПРИЗНАН НЕПРИГОДНЫМ К ВЫПОЛНЕНИЮ ОТДЕЛЬНЫХ ВИДОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, СВЯЗАННОЙ С ИСТОЧНИКОМ ПОВЫШЕННОЙ ОПАСНОСТИ. ТАКОЕ РЕШЕНИЕ ПРИНИМАЕТСЯ</p> <p>а) медицинской сестрой (фельдшером)  б) врачебной комиссией  в) судом  г) главным врачом медицинской организации  д) прокурором</p>	б)	Психиатрия
ПК-2	<p>В СООТВЕТСТВИИ СО СТ. 15 ЗАКОНА РФ «О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ГАРАНТИЯХ ПРАВ ГРАЖДАН ПРИ ЕЕ ОКАЗАНИИ», ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА О ГОДНОСТИ ГРАЖДАНИНА К СЛУЖБЕ В КАЧЕСТВЕ ВОЕННОСЛУЖАЩЕГО ПРОВОДИТСЯ</p> <p>а) при наличии психических расстройств по направлению медицинской комиссии военных комиссариатов при добровольном согласии обследуемого  б) по решению медицинской комиссии военного комиссариата в соответствии с настоящим законом и законом о всеобщей воинской обязанности  в) по решению врача-психиатра  г) главного врача медицинской организации  д) по решению суда</p>	б)	Психиатрия
ПК-2	<p>МЕДИЦИНСКИЕ КРИТЕРИИ НЕВМЕНЯЕМОСТИ</p> <p>а) галлюцинации, бред, деперсонализация, атрофические процессы головного мозга  б) синдром Кандинского-Клерамбо, эпилепсия, органическая деменция  в) хроническое психическое заболевание, временное расстройство психической деятельности, слабоумие или иное болезненное состояние  г) мнение главного врача медицинской</p>	в)	Психиатрия

	организации д) депрессивный синдром		
ПК-2	ГИПНАГОГИЧЕСКИЕ ГАЛЛЮЦИНАЦИИ ПРОЯВЛЯЮТСЯ В ВИДЕ ВИДЕНИЙ а) возникающих при закрытых глазах б) возникающих на темном поле зрения в) всех перечисленных г) одного из перечисленных д) возникающих при засыпании	в)	Психиатрия
ПК-2	АФФЕКТИВНЫЕ ИЛЛЮЗИИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ а) искаженным восприятием, связанным с необычным эмоциональным состоянием б) возникновением при патологических изменениях аффекта в) всем перечисленным г) наличием иллюзий д) отсутствием критики	в)	Психиатрия
ПК-2	БОЛЬНОЙ ЧУВСТВУЕТ, КАК У НЕГО ПОД КОЖЕЙ ПОЛЗАЮТ МЕЛКИЕ НАСЕКОМЫЕ И ЧЕРВИ а) парейдолические иллюзии б) тактильные галлюцинации в) вербальные галлюцинации г) псевдогаллюцинации д) гипногические галлюцинации	б)	Психиатрия
ПК-2	ВОПРОС О НЕОБХОДИМОСТИ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ЛИЦОМ, СТРАДАЮЩИМ ХРОНИЧЕСКИМ ИЛИ ЗАТЯЖНЫМ ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ, С ТЯЖЕЛЫМИ ИЛИ ЧАСТО ОБОСТРЯЮЩИМИСЯ БОЛЕЗНЕННЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ РЕШАЕТСЯ а) медицинской сестрой (фельдшером) б) комиссией врачей-психиатров в) участковым врачом-психиатром и санкционируется судом г) главным врачом медицинской организации д) заведующим отделением	б)	Психиатрия
ПК-2	ОТВЕТСТВЕННЫМ ЗА ОРГАНИЗАЦИЮ И ПРОВЕДЕНИЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ а) главный врач б) зав. терапевтическим отделением в) главная медицинская сестра г) участковый терапевт д) цеховой врач	г)	Поликлиническа я терапия
ПК-2	ЛИЦА С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА ПОДЛЕЖАТ ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ а) в течение 3 лет после выявления	д)	Поликлиническа я терапия

	б) в течение 5 лет после выявления в) в течение 3 лет после последнего обострения г) в течение 5 лет после последнего обострения д) пожизненно		
ПК-2	ПОЛОСТЬ НОСА ИМЕЕТ СТЕНКИ а) нижнюю б) перегородку в) заднюю г) переднюю д) косую	а)	ЛОР
ПК-2	РЕШЕТЧАТЫЙ ЛАБИРИНТ ГРАНИЧИТ а) глазница б) ротоглотка в) евстахиева труба г) средняя черепная ямка д) крыловидная ямка	а)	ЛОР
ПК-2	В НАРУЖНОМ НОСЕ РАЗЛИЧАЮТ а) кончик б) седло в) тело г) основание д) ладью	а)	ЛОР
ПК-2	ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПОЛОСТИ НОСА ПРОВОДИТСЯ а) ларингоскопия б) отоскопия в) передняя риноскопия г) эзофагоскопия д) ларингоскопия	в)	ЛОР
ПК-2	КАКОЙ ПРИЗНАК СООТВЕТСТВУЕТ I СТАДИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ? а) Отек соска зрительного нерва. б) Гипертрофия левого желудочка. в) Скорость клубочковая фильтрация 80 мл в минуту. г) Зубец R в V5 - V6 равен 32 мм. д) Отсутствие поражения органов-мишеней.	д)	Кардиология и ССХ
ПК-2	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ: а) УЗИ почек. б) Экскреторная урография. в) Ангиография почечных артерий. г) ЦДС почечных артерий. д) Проба Зимницкого.	в)	Кардиология и ССХ
ПК-2	ДЛЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ПРИЗНАКИ ПАТОЛОГИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ, КРОМЕ а) Аортальной конфигурации сердца. б) ЭКГ-признаков гипертрофии левого желудочка. в) Снижения систолического выброса и общего периферического сосудистого сопротивления. г) Превышения артериального давления более чем 140/90 мм рт. ст	в)	Кардиология и ССХ

	д) Поражения сосудов сетчатки по типу ангиоспастического ретинита.		
ПК-2	ОСЛОЖНЕНИЕМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ, КРОМЕ а) Острая правожелудочковая недостаточность. б) Гипертонический криз. в) Сердечная астма. г) Острое нарушение мозгового кровообращения. д) Носовое кровотечение.	А)	Кардиология и ССХ
ПК-2	ЯЧМЕНЬ – ЭТО а) острое гнойное воспаление слезной железы или острое гнойное воспаление волосяного мешочка ресницы б) воспаление краев век в) острое гнойное воспаление мейбомиевой железы г) воспаление хряща века д) воспаление конъюнктивы	а)	Офтальмология
ПК-2	ДЛЯ ЧЕШУЙЧАТОГО БЛЕФАРИТА ХАРАКТЕРНО а) наличие трихиаза б) формирование халязиона в) формирование заворота век г) наличие кровотокащих язв после удаления гнойных корочек д) наличие сухих чешуек на корнях ресниц	д)	Офтальмология
ПК-2	ПРИ ЛАГОФТАЛЬМЕ ВОЗМОЖНО ВОЗНИКНОВЕНИЕ а) эрозии роговицы из-за трихиаза б) дакриоденита в) экзофтальма г) ксероза роговицы д) неврита	г)	Офтальмология
ПК-2	ОДНОСТОРОННЕЕ ВЫСЫПАНИЕ ПУЗЫРЬКОВ НА КОЖЕ ВЕК ХАРАКТЕРНО ДЛЯ а) герпетического заболевания б) блефарита в) рожистого воспаления г) хламидийного конъюнктивита д) весеннего катара	а)	Офтальмология
ПК-2	ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ ВРОЖДЕННОГО ДАКРИОЦИСТИТА ЯВЛЯЕТСЯ а) слезотечение б) гнойное отделяемое из слезных точек при пальпации слезного мешка в) гиперемия конъюнктивы г) снижение чувствительности роговицы д) боль в глазу	б)	Офтальмология
ПК-2	СИМПТОМ МУРСУ ПРИ ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ПАРОТИТЕ ЭТО а) пестрота слизистой оболочки ротовой полости б) наличие болезненных точек спереди и сзади от мочки уха в) воспаление устья выводного протока	в)	Детские инфекции



	околоушной слюнной железы г) везикулезная экзантема д) увеличение околоушной слюнной железы		
ПК-2	ДИАГНОЗ КОКЛЮША а) устанавливают только на основании клинико-эпидемиологических данных б) подтверждают выделением гемокультуры в) подтверждают бактериологическим исследованием носоглоточной слизи г) подтверждают вирусологическим исследованием носоглоточной слизи д) подтверждают бронхоскопией	в)	Детские инфекции
ПК-2	СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ КРУПА ПРИ ГРИППЕ а) лихорадка, гепатолиенальный синдром б) лихорадка, осиплость голоса, грубый лающий кашель, внезапное развитие стеноза гортани в) стеноз гортани возникает на фоне полного здоровья или игры г) стеноз гортани развивается постепенно на фоне субфебрильной температуры тела д) спазматический кашель с отхождением вязкой прозрачной мокроты	б)	Детские инфекции
ПК-2	НЕЙТРОФИЛЬНЫЙ ПЛЕОЦИТОЗ ЛИКВОРА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ а) энтеровирусного менингита б) менингококкового менингита в) туберкулезного менингита г) менингита при паротитной инфекции д) лептоспирозного менингита	б)	Детские инфекции
ПК-2	НАРУЖНЫЕ ГРЫЖИ ЖИВОТА ФОРМИРУЮТСЯ ЧЕРЕЗ а) дефекты кожи б) дефекты в подкожной клетчатке и фасции в) дефекты в париетальной брюшине брюшной стенки г) дефекты в висцеральной брюшине д) дефекты в мышечно-апоневротическом слое брюшной стенки	д)	Госпитальная хирургия
ПК-2	УСЛОВИЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ВЫЯВЛЯЮТСЯ СКОЛЬЗЯЩИЕ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ: а) в положении стоя б) в полусидячем положении в) в положении Тренделенбурга г) искусственной гипотонии 12п. кишки д) в положении на боку	в)	Госпитальная хирургия
ПК-2	МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ НАИМЕНЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ В ДИАГНОСТИКЕ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ: а) УЗИ б) внутрипищеводная рН-метрия в) рентгеноскопия пищевода и желудка в	а)	Госпитальная хирургия

	положении Тренделенбурга г) эзофагоманометрия д) эндоэзофагоскопия		
ПК-2	ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТУЮ ПРИЧИНУ РЕЦИДИВА ЯЗВЫ ПОСЛЕ ОРГАНСОХРАНЯЮЩЕЙ ОПЕРАЦИИ С ВАГОТОМИЕЙ ПРИ АДЕКВАТНОМ СНИЖЕНИИ КИСЛОТОПРОДУКЦИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ: а) синдром Золлингера-Эллисона б) неполная ваготомия в) дуоденогастральный рефлюкс желчи г) гастрит оперированного желудка д) чрезмерное употребление алкоголя	а)	Госпитальная хирургия
ПК-2	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ: а) кетоацидотическая кома б) гиперосмолярная кома в) инфаркт миокарда г) гангрена нижних конечностей д) диабетическая нефропатия.	а)	Госпитальная хирургия
ПК-2	К ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ ОТНОСИТСЯ: а) радикулопатия б) полинейропатия в) амниотрофия г) энцефалопатия д) псевдобульбарный синдром	б)	Госпитальная хирургия
ПК-2	ГРЫЖЕВЫМ МЕШКОМ ВРОЖДЕННОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ ЯВЛЯЕТСЯ: а) париетальная брюшина б) брыжейка кишки в) влагалищный отросток брюшины г) висцеральная брюшина д) поперечная фасция и предбрюшинная жировая клетчатка.	в)	Госпитальная хирургия
ПК-2	ВЫБЕРИТЕ ОСНОВНОЙ ПРИЗНАК СКОЛЬЗЯЩЕЙ ГРЫЖИ: а) выходит в поясничной области б) выходит между мышцами в) одной из стенок грыжевого мешка является орган, частично покрытый брюшиной г) выходит через лакунарную связку д) стенкой грыжевого мешка является париетальная брюшина	в)	Госпитальная хирургия
ПК-2	УЩЕМЛЕННУЮ БЕДРЕННУЮ ГРЫЖУ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ а) с липомой б) с холодным натечником в) с ущемленной паховой грыжей г) с острым тромбофлебитом варикозного узла в области наружного отверстия бедренного канала	д)	Госпитальная хирургия

	д) со всем перечисленным		
ПК-2	ВЛАЖНОЕ КРАСНОЕ ДНО НИЖЕ УРОВНЯ НЕПОВРЕЖДЕННОЙ КОЖИ У ССАДИНЫ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ а) в первые часы после причинения повреждения б) к концу первых суток в) на 2-е сутки г) на 3-5 сутки д) на 5-7 сутки	а)	Судебная медицина
ПК-2	ДАВНОСТЬ РАЗРЫВА ДЕВСТВЕННОЙ ПЛЕВЫ МОЖНО УСТАНОВИТЬ В СРОК ДО а) 5 дней б) 7 дней в) 10 дней г) 15 дней д) 20 дней	г)	Судебная медицина
ПК-2	ДОСТОВЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ИМЕВШЕГО МЕСТО ПОЛОВОГО СНОШЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ а) повреждения в области половых органов б) беременность в) ссадины на внутренней поверхности бедер г) показания потерпевшей д) разрыв девственной плевы	б)	Судебная медицина
ПК-2	МАЗКИ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ ЖЕНЩИНЫ В СЛУЧАЯХ ПОЛОВЫХ ПРЕСТУПЛЕНИИ НЕОБХОДИМО БРАТЬ НЕ ПОЗЖЕ а) 2-3-х дней б) 3-5 дней в) 5-7 дней г) 7-9 дней д) более 9 дней	б)	Судебная медицина
ПК-2	СОВЕРШЕНИЕ ПОЛОВОГО АКТА БЕЗ НАРУШЕНИЯ ЦЕЛОСТИ ДЕВСТВЕННОЙ ПЛЕВЫ ВОЗМОЖНО, КОГДА ПЛЕВА а) растяжимая б) образует кольцо сокращения в) с мясистым краем г) с глубокими выемками д) перфорированная	а)	Судебная медицина
ПК-2	НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА а) алкоголизм б) опухоль в) заболевания билиарной системы г) муковисцидоз д) паразитарные инвазии	а)	Факультетская терапия
ПК-2	ОСНОВНОЙ МЕХАНИЗМ ПРИ РАЗВИТИИ АНЕМИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЛИМФОЛЕЙКОЗЕ а) недостаточное поступление железа в костный мозг б) нарушение поступление витамина В12	в)	Факультетская терапия

	<p>в) вытеснение нормального костного мозга  г) токсическое действие на клетки костного мозга  д) нарушение выработки эритропоэтина</p>		
ПК-2	<p>ИЗБЕГАТЬ ИНСОЛЯЦИИ СЛЕДУЕТ</p> <p>а) при псориатическом артрите  б) при реактивном артрите  в) при системной красной волчанке  г) при саркоидозе  д) при дерматомиозите</p>	в)	Факультетская терапия
ПК-2	<p>В ПАТОГЕНЕЗЕ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ИГРАЮТ РОЛЬ</p> <p>а) снижение тормозящего влияния дофаминовых медиаторов  б) повышение тормозящего влияния дофаминовых медиаторов  в) повышение уровня серотонина  г) повышение уровня АКТГ  д) повышение уровня кортизола</p>	б)	Факультетская терапия
ПК-2	<p>ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ЭЛЕМЕНТ, ХАРАКТЕРНЫЙ ТОЛЬКО ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА</p> <p>а) лимфоидные клетки  б) эпителиоидные клетки  в) моноциты  г) клетки Пирогова-Лангханса  д) казеозный некроз</p>	д)	Фтизиатрия
ПК-2	<p>ПРИЗНАК СИНДРОМА ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ</p> <p>а) кашель  б) одышка  в) потеря массы тела  г) боли в грудной клетке  д) узловатая эритема</p>	в)	Фтизиатрия
ПК-2	<p>ПАРАСПЕЦИФИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ У ДЕТЕЙ</p> <p>а) фурункулез  б) деформации суставов  в) узловатая эритема  г) хронический тонзиллит  д) увеличение СОЭ</p>	в)	Фтизиатрия
ПК-2	<p>ХАРАКТЕРНЫЕ АУСКУЛЬТАТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ИНФИЛЬТАТИВНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ В ФАЗЕ РАСПАДА</p> <p>а) дыхание везикулярное, локальные среднепузырчатые хрипы  б) дыхание жесткое, множество влажных хрипов  в) дыхание бронхиальное  г) «немое» легкое  д) дыхание амфорическое</p>	а)	Фтизиатрия
ПК-2	<p>Пучковая (кластерная головная боль) а) Чаще бывает у мужчин б) Чаще бывает у женщин в) Приступ обычно ночью г) Приступ обычно днем д) Верно а) и в) е) Верно б) и г)</p>	д)	ПП Диагностика заболеваний нервной системы

ПК-2	<p>ДЛЯ ОФТАЛЬМИЧЕСКОЙ АУРЫ ПРИ МИГРЕНИ ХАРАКТЕРНО</p> <p>а) Расходящееся косоглазие  б) Сходящееся косоглазие  в) Птоз  г) «Мерцающая скотома»  д) Нистагм</p>	г)	ПП Диагностика заболеваний нервной системы
ПК-2	<p>ПРИСТУПЫ «МЕНСТРУАЛЬНОЙ» МИГРЕНИ ЧАЩЕ БЫВАЮТ</p> <p>а) В течение недели, предшествующей менструации  б) В первые дни менструации  в) В последние дни менструации  г) Сразу после окончания менструации  д) В любой из указанных периодов</p>	а)	ПП Диагностика заболеваний нервной системы
ПК-2	<p>Для диабетической полиневропатии характерно а) Симметричность поражения. б) Преимущественное поражение нервов верхних конечностей. в) Преимущественное поражение нервов нижних конечностей. г) Преимущественное поражение черепных нервов. д) Все перечисленное. е) Верно а) и в).</p>	е)	ПП Диагностика заболеваний нервной системы
ПК-2	<p>У БОЛЬНОГО ПРАВОСТОРОННЯЯ ГИПЕРПАТИЯ И БОЛИ В ПРАВЫХ КОНЕЧНОСТЯХ, УСИЛИВАЮЩИЕСЯ ПРИ ВОЛНЕНИИ И В ПЕРИОД ЗАСЫПАНИЯ, А ТАКЖЕ ГЕМИАНОПСИЯ И ГЕМИАТАКСИЯ СПРАВА. ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПОРАЖЕНИЯ</p> <p>а) Поражение правой прецентральной извилины  б) Поражение межпозвоночных ганглиев D4-D6 справа  в) Поражение левого зрительного бугра  г) Поражение левого ядра спинно-мозгового тракта  д) Поражение</p>	в)	ПП Диагностика заболеваний нервной системы
ПК-2	<p>ДИССОЦИИРОВАННЫЕ НАРУШЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПО СЕГМЕНТАРНОМУ ТИПУ ПРИ СИРИНГОМИЕЛИИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ</p> <p>а) выпадением глубокой при сохранности болевой  б) выпадением болевой при сохранности температурной  в) выпадением только болевой при сохранности глубокой  г) сохранностью болевой при выпадении температурной  д) сохранностью глубокой при выпадении болевой и температурной</p>	в)	ПП Диагностика заболеваний нервной системы
ПК-2	<p>СКОЛЬКО СТАДИЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ШОКА ВЫ ЗНАЕТЕ?</p> <p>а) две  б) три  в) четыре  г) пять</p>	б)	Акушерство и гинекология

	д) шесть		
ПК-2	КАКОЙ ВАРИАНТ ТАЗОВОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ САМЫМ БЛАГОПРИЯТНЫМ ДЛЯ МАТЕРИ И ПЛОДА? а) чисто ягодичное б) смешанное ягодичное в) полное ножное г) неполное ножное д) коленное	а)	Акушерство и гинекология
ПК-2	ПРИ НАРУЖНОЙ КОНЪЮГАТЕ – 17 СМ, ДИАГОНАЛЬНОЙ – 10 СМ И НОРМАЛЬНЫХ ОСТАЛЬНЫХ НАРУЖНЫХ РАЗМЕРАХ ТАЗА, МОЖНО ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ а) общеравномерносуженного таза б) плоскорихитического таза в) кососмещенного таза г) поперечносуженного таза д) простого плоского таза	д)	Акушерство и гинекология
ПК-2	К СИМПТОМАМ ОСТРОГО САЛЬПИНООФОРИТА ОТНОСЯТ а) нормальную температура б) боли в правой подвздошной области в) тошноту, рвоту, диспепсию г) увеличенные, резко болезненные придатки д) кровяные выделения	г)	Акушерство и гинекология
ПК-2	СИМПТОМОМ ПРЕРВАВШЕЙСЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ТИПУ РАЗРЫВА ТРУБЫ ЯВЛЯЕТСЯ а) резкая боль внизу живота б) тошнота, рвота в) гипертермия г) удовлетворительное состояние д) телесный цвет кожных покровов	а)	Акушерство и гинекология
ПК-2	ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ ХРОНИЧЕСКОГО АДНЕКСИТА а) боли над лоном б) повышение температуры в) бесплодие г) нарушение функции кишечника д) нарушение функции мочевого пузыря	в)	Акушерство и гинекология
ПК-2	ТАКТИКА АКУШЕРА ПРИ МНОГОВОДИИ а) детальное обследование б) кесарево сечение в) амниотомия при открытии зева на 2 см г) профилактика кровотечения в родах д) профилактика аномалий родовых сил	в)	Акушерство и гинекология
ПК-2	ОСНОВНОЙ СИМПТОМ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКЕ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ? а) боли в животе б) кровотечение в) головная боль	а)	Акушерство и гинекология

	г) анурия д) дизурия		
ПК-2	КОГДА ЧАЩЕ ПОЯВЛЯЕТСЯ КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРИ НИЗКОМ ПРИКРЕПЛЕНИИ ПЛАЦЕНТЫ? а) при беременности б) в начале периода раскрытия в) в конце периода раскрытия г) в начале периода изгнания д) в последовом периоде	б)	Акушерство и гинекология
ПК-2	МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АНЕМИЧЕСКОЙ ФОРМЫ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА а) симптоматическими терапия б) назначение комбинированных оральных контрацептивов в) хирургическое лечение г) антибактериальная терапия д) наблюдение	в)	Акушерство и гинекология
ПК-2	МЕТОДЫ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПРЕРВАВШЕЙСЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ТИПУ РАЗРЫВА ТРУБЫ а) гемостатическая терапия б) гормональная терапия в) тампонада влагалища г) хирургическое лечение д) наблюдение	г)	Акушерство и гинекология
ПК-2	ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ ПРИЧИНА КРОВОТЕЧЕНИЯ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ, ЕСЛИ КРОВЬ ВЫТЕКАЕТ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ С ПЕРИОДАМИ УСИЛЕНИЯ ИЛИ ОСЛАБЛЕНИЯ? а) гипототония матки б) атония матки в) травма шейки матки г) нарушение свертываемости крови д) снижение АД	а)	Акушерство и гинекология
ПК-2	ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ ЗАДЕРЖКЕ В МАТКЕ ПЛАЦЕНТЫ ИЛИ ЕЕ ЧАСТЕЙ? а) боль б) кровотечение в) бледность кожных покровов г) снижение АД д) повышение АД	б)	Акушерство и гинекология
ПК-2	ОСНОВНОЙ МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ИППП а) соблюдение правил личной гигиены б) исключение случайных половых связей в) применение контрацептивных средств г) профилактическое лечение после прерывания первой беременности д) своевременное обследование на ИППП	б)	Акушерство и гинекология
ПК-2	ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИЕМУ КОК ЯВЛЯЮТСЯ а) воспалительные заболевания наружных и	б)	Акушерство и гинекология

	<p>внутренних половых органов</p> <p>б) злокачественные опухоли любой локализации</p> <p>в) эндометриоз</p> <p>г) внематочная беременность в анамнезе</p> <p>д) эрозия шейки матки</p>		
ПК-2	<p>В ПОНЯТИЕ «РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ» ВКЛЮЧЕНО ОГРАНИЧЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ПОВАРЕННОЙ СОЛИ ДО ____ Г/сут</p> <p>а) 1</p> <p>б) 3</p> <p>в) 5</p> <p>г) 8</p> <p>д) 10</p>	в)	Поликлиническая терапия
ПК-2	<p>ОРГАНИЗОВАННАЯ ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ - ФИЗИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ С ВОВЛЕЧЕНИЕМ БОЛЬШИХ ГРУПП МЫШЦ, РИТМИЧЕСКИ ПОВТОРЯЮЩИЕСЯ, ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ НЕ МЕНЕЕ ____ МИН</p> <p>а) 5</p> <p>б) 15</p> <p>в) 30</p> <p>г) 45</p> <p>д) 60</p>	б)	Поликлиническая терапия
ПК-2	<p>ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЖКБ У ВОЗРАСТНЫХ БОЛЬНЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а) операция;</p> <p>б) литотрипсия;</p> <p>в) соблюдение диеты;</p> <p>г) прием препаратов, содержащих соли желчных кислот;</p> <p>д) прием желчегонных.</p>	а)	Геронтология и гериатрия в хирургии
ПК-2	<p>ПРИ ЖКБ У ПОЖИЛЫХ ПЛАНОВАЯ ОПЕРАЦИЯ ПОКАЗАНА:</p> <p>а) во всех случаях;</p> <p>б) при латентном течении ЖКБ;</p> <p>в) при наличии клинических проявлений;</p> <p>г) у больных старше 16 лет;</p> <p>д) у больных старше 25 лет.</p>	а)	Геронтология и гериатрия в хирургии
ПК-2	<p>НАИБОЛЕЕ ФУНКЦИОНАЛЬНО ОПТИМАЛЬНЫМ БИЛИОДИГЕСТИВНЫМ АНАСТОМОЗОМ У ПОЖИЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а) холецистогастроанастомоз;</p> <p>б) холецистодуоденоанастомоз;</p> <p>в) холедоходуоденоанастомоз;</p> <p>г) холедохоеноанастомоз по Ру;</p> <p>д) все неверно.</p>	в)	Геронтология и гериатрия в хирургии
ПК-2	<p>ЧТО МЕНЕЕ ВСЕГО СПОСОБСТВУЕТ ВОССТАНОВЛЕНИЮ ПЕРИСТАЛЬТИКИ КИШЕЧНИКА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ У ПОЖИЛЫХ?</p> <p>а) раннее кормление;</p>	а)	Геронтология и гериатрия в хирургии



	б) клизмы; в) прозерин; г) электростимуляция; д) массаж.		
ПК-2	НАЧИНАЮТ КОРМИТЬ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ: а) с 1 суток; б) со 2 суток; в) с 3 суток; г) с 4-5 суток; д) после восстановления перистальтики.	д)	Геронтология и гериатрия в хирургии
ПК-2	ПОСЛЕ СРЕДНЕ-СРЕДИННОЙ ЛАПАРОТОМИИ ПАЦИЕНТАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА РАЗРЕШАЮТ ХОДИТЬ, КАК ПРАВИЛО, НА: а) 1-2 сутки; б) 2-3 сутки; в) 3-5 сутки; г) 5-7 сутки; д) 7-9 сутки.	в)	Геронтология и гериатрия в хирургии
ПК-2	НАИБОЛЕЕ ФИЗИОЛОГИЧНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ТОНКОКИШЕЧНЫЙ АНАСТОМОЗ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ: а) продольный бок в бок; б) конец в бок; в) конец в конец; г) бок в конец; д) поперечный бок в бок.	в)	Геронтология и гериатрия в хирургии
ПК-2	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ а) клиника болезни б) показатели крови в) физикальные данные г) данные рентгенологического исследования д) данные спирометрии	г)	Геронтология и гериатрия в терапии
ПК-2	КЛИНИЧЕСКИ ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ а) ознобом, повышением температуры б) выраженным лейкоцитозом со сдвигом влево, ускорением СОЭ в) атипичностью, стертой клинической проявлений г) нарушением мочеиспускания д) повышением артериального давления	в)	Геронтология и гериатрия в терапии
ПК-2	ПРИСТУП СТЕНОКАРДИИ У ПОЖИЛЫХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ а) выраженными болевыми ощущениями б) необычной иррадиацией и сглаженностью болевых ощущений в) выраженной вегетативной реакцией г) яркой эмоциональной окраской	б)	Геронтология и гериатрия в терапии

	д) сильными болевыми ощущениями		
ПК-2	ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ЗАСТОЙНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ ЯВЛЯЮТСЯ а) метаболические расстройства б) ишемическая болезнь сердца в) клапанные пороки г) артериальная гипертония д) коллагеновые заболевания	б)	Геронтология и гериатрия в терапии
ПК-2	КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ У ЛИЦ СТАРШЕ 60 ЛЕТ а) Хронический персистирующий гепатит б) Желчно-каменная болезнь в) Жировая дистрофия печени г) Рак печени д) Хронический активный гепатит	б)	Геронтология и гериатрия в терапии
ПК-2	ГЭРБ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ ЧАЩЕ СВЯЗАНА С а) повреждающими свойствами рефлюктата (НСІ, пепсин, желчные кислоты) б) повышением внутрибрюшного давления в) повышением клиренса пищевода г) снижением функции антирефлюксного барьера д) нарушением опорожнения желудка	д)	Геронтология и гериатрия в терапии
ПК-2	ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ КОМПОНЕНТОМ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ а) протеинурия выше 3,5 г/л; б) протеинурия выше 2,5 г/л; в) протеинурия выше 1,5 г/л; г) протеинурия выше 0,5 г/л; д) протеинурия выше 0,25г/л.	а)	Госпитальная терапия
ПК-2	НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ХСН а) АГ. б) Амилоидоз сердца. в) ИБС. г) Миокардит. д) Фибрилляция предсердий.	в)	Госпитальная терапия
ПК-2	ИСЧЕЗНОВЕНИЕ БОЛЕЙ И ПОЯВЛЕНИЕ МЕЛЕНЫ ПРИ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ а) стеноза привратника; б) перфорации язвы; в) малигнизации язвы; г) кровотечения; д) пенетрации в поджелудочную железу.	г)	Госпитальная терапия
ПК-2	ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ МИОКАРДИТОВ ЯВЛЯЕТСЯ а) инфекции б) паразитарные инвазии	а)	Госпитальная терапия

	<p>в) коллагенозы  г) неинфекционные факторы (лекарства, сыворотки и др.)  д) идиопатические факторы</p>		
ПК-2	<p>ПРИЧИНОЙ ЛОЖНОГО КРУПА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) аллергический фон  б) экссудативный диатез  в) аденоиды  г) аденовирусная инфекция  д) ангины</p>	б)	ЛОР
ПК-2	<p>ПРИ ПЕРЕДНЕЙ РИНОСКОПИИ ЧАЩЕ МОЖНО ОСМОТРЕТЬ:</p> <p>а) только нижнюю носовую раковины  б) только среднюю носовую раковины  в) верхнюю носовую раковину  г) нижнюю и среднюю носовую раковины  д) только верхнюю носовую раковину</p>	г)	ЛОР
ПК-2	<p>СТЕНОЗ ГОРТАНИ ПОДРАЗДЕЛЯЕТСЯ НА СТЕПЕНИ:</p> <p>а) две  б) три  в) четыре  г) пять  д) одну</p>	в)	ЛОР
ПК-2	<p>ПРИ ЖДА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ПРЕПАРАТЫ ЖЕЛЕЗА НАЗНАЧАЮТСЯ В ТЕЧЕНИЕ</p> <p>а) 1-2 недель  б) 2-3 месяцев  в) 5-6 месяцев  г) 1-2 лет  д) пожизненно</p>	б)	Поликлиническая терапия
ПК-2	<p>ТЯЖЕСТЬ ХОБЛ ОПРЕДЕЛЯЮТ ОБЪЕКТИВНО НА ОСНОВАНИИ</p> <p>а) аускультации лёгких  б) перкуссии лёгких  в) исследования функции внешнего дыхания  г) ЭКГ  д) рентгенологического исследования</p>	в)	Поликлиническая терапия
ПК-2	<p>ДЛЯ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ ОТ ВОЗДЕЙСТВИЯ ЛОКАЛЬНОЙ ВИБРАЦИИ 1 СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНО</p> <p>а) периферический ангиодистонический синдром верхних конечностей  б) синдром сенсорно-моторной полиневропатии верхних конечностей  в) суставной синдром  г) локальная компрессия локтевого нерва  д) снижение температурной чувствительности</p>	а)	Профессиональные болезни
ПК-2	<p>РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ПНЕВМОКОНИОЗОВ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) линейная, интерстициальная, узелковая  б) узловая, узелковая, очаговая</p>	д)	Профессиональные болезни

	<p>в) очаговая, линейная, интерстициальная  г) узелковая, очаговая, узловая  д) интерстициальная, узелковая, узловая</p>		
ПК-2	<p>ДЛЯ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ ОТ ВОЗДЕЙСТВИЯ ОБЩЕЙ ВИБРАЦИИ 2 СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНО</p> <p>а) синдром сенсорно-моторной полиневропатии верхних и нижних конечностей  б) суставной синдром  в) синдром радикулопатии  г) локальная компрессия локтевого нерва  д) снижение температурной чувствительности</p>	в)	Профессиональные болезни
ПК-2	<p>ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА ВБ I СТЕПЕНИ</p> <p>а) профессиональная трудоспособность сохранена  б) профессиональная трудоспособность утрачена  в) контакт с вибрацией, охлаждением, перенапряжением противопоказан  г) переобучение лиц молодого возраста  д) проведение реабилитации не менее 4 курсов в год</p>	а)	Профессиональные болезни
ПК-2	<p>ХАРАКТЕР АНЕМИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ БЕНЗОЛОМ</p> <p>а) гипохромная микроцитарная  б) гиперхромная макроцитарная  в) гиперхромная микроцитарная  г) нормохромная нормоцитарная  д) гипохромная нормоцитарная</p>	г)	Профессиональные болезни
ПК-2	<p>КРИТИЧЕСКИЙ УРОВЕНЬ СНИЖЕНИЯ УРОВНЯ ТРОМБОЦИТОВ</p> <p>а) менее <math>60 \cdot 10^9/\text{л}</math>  б) менее <math>80 \cdot 10^9/\text{л}</math>  в) менее <math>20 \cdot 10^9/\text{л}</math>  г) менее <math>100 \cdot 10^9/\text{л}</math>  д) менее <math>150 \cdot 10^9/\text{л}</math></p>	в)	Профессиональные болезни
ПК-2	<p>СВИНЦОВАЯ АНЕМИЯ</p> <p>а) апластическая токсическая  б) сидероахрестическая  в) гемолитическая  г) железодефицитная  д) постгеморрагическая</p>	б)	Профессиональные болезни
ПК-2	<p>ХАРАКТЕРНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СВИНЦОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ</p> <p>а) паралич разгибателей кисти, астенический синдром, артериальная гипертензия, абдоминальный болевой синдром  б) патологическая застенчивость, робость, смущаемость, неврастенический синдром с вегетативной дисфункцией, гингивит, стоматит  в) лейкопения, тромбоцитопения, гранулоцитопения, геморрагический синдром,</p>	а)	Профессиональные болезни

	астеноневротический синдром, гепатопатия г) выраженный цианоз, тельца Гейнца в крови д) судорожный синдром, пузыри на коже, признаки инфаркта миокарда на ЭКГ		
ПК-2	СИМПТОМОМ ПРЕРВАВШЕЙСЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ТИПУ РАЗРЫВА ТРУБЫ ЯВЛЯЕТСЯ а) резкая боль внизу живота б) тошнота, рвота в) гипертермия г) удовлетворительное состояние д) телесный цвет кожных покровов	а)	ПП гинекологическая
ПК-2	К СИМПТОМАМ ОСТРОГО САЛЬПИНООФОРИТА ОТНОСЯТ а) нормальную температура б) боли в правой подвздошной области в) тошноту, рвоту, диспепсию г) увеличенные, резко болезненные придатки д) кровяные выделения	г)	ПП гинекологическая
ПК-2	ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ ХРОНИЧЕСКОГО АДНЕКСИТА а) боли над лоном б) повышение температуры в) бесплодие г) нарушение функции кишечника д) нарушение функции мочевого пузыря	в)	ПП гинекологическая
ПК-2	УРОВЕНЬ ПСВ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ВЫСОКОМ РИСКЕ РАЗВИТИЯ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА а) менее 45% от должной величины б) менее 20 % от должной величины в) менее 33% от должной величины г) менее 55% от должной величины д) менее 75% от должной величины	в)	ПП Неотложные медицинские манипуляции пациентам терапевтического профиля
ПК-2	СИМПТОМЫ МАЛО ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИ ОБЪЕКТИВНОМ ОСМОТРЕ У ПАЦИЕНТОВ С ПРИСТУПОМ БА а) ограничение подвижности нижнего легочного края б) сухие свистящие хрипы в) жужжащие хрипы г) участки «немного легкого» д) бронхиальное дыхание	г)	ПП Неотложные медицинские манипуляции пациентам терапевтического профиля
ПК-2	ПРИ ОБЪЕКТИВНОМ ОСМОТРЕ У ПАЦИЕНТА С ПНЕВМОТОРАКСОМ МОЖЕТ ВЫЯВЛЯТЬСЯ а) брадикардия б) амфорическое дыхание в) жесткое дыхание г) тимпанический звук при перкуссии д) сухие хрипы	г)	ПП Неотложные медицинские манипуляции пациентам терапевтического профиля
ПК-2	К АЛЛЕРГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ НЕ ОТНОСЯТСЯ:	в)	ПП Неотложные медицинские

	<p>а) сывороточная болезнь  б) синдром Лайелла  в) атрофический ринит с гипоосмией  г) крапивница  д) контактный дерматит</p>		манипуляции пациентам терапевтического профиля
ПК-2	<p>К СИМПТОМАМ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ОТНОСЯТСЯ ЖАЛОБЫ НА</p> <p>а) загрудинная боль появившиеся через 10-60 минут от момента введения лекарственного препарата  б) загрудинная боль, появившаяся через 2 часа и снимается после приема нитроспрея  в) отек гортани, бронхоспазм, ларингоспазм проходят после ингаляции сальбутамола.  г) пульс становится напряженным и редким.  д) видимые слизистые, дистальные отделы конечностей резко краснеют</p>	а)	ПП Неотложные медицинские манипуляции пациентам терапевтического профиля
ПК-2	<p>В ПАТОГЕНЕЗЕ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ЛАЙЕЛЛА ВЫДЕЛЯЮТ НЕСКОЛЬКО ПЕРИОДОВ</p> <p>а) один  б) два  в) три  г) четыре  д) пять</p>	д)	ПП Неотложные медицинские манипуляции пациентам терапевтического профиля
ПК-2	<p>СИНДРОМА ЛАЙЕЛЛА РАЗВИВАЕТСЯ В ТЕЧЕНИИ</p> <p>а) несколько секунд  б) несколько минут  в) от 2 дней до нескольких недель  г) в течение нескольких месяцев  д) в течение нескольких лет</p>	в)	ПП Неотложные медицинские манипуляции пациентам терапевтического профиля
ПК-2	<p>ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПЕРЕЛОМА ЗУБА ВТОРОГО ШЕЙНОГО ПОХВОНКА СЛЕДУЕТ ПРОИЗВОДИТЬ РЕНТГЕНОГРАФИЯ, ИСПОЛЬЗУЯ УКЛАДКУ:</p> <p>а) передне-заднюю через открытый рот  б) боковую (профильную)  в) аксиальную  г) при максимальном наклоне головы  д) прямую проекцию</p>	а)	Травматология и ортопедия
ПК-2	<p>ПЕРВИЧНО-ОТСРОЧЕННЫМ ШВОМ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а) шов на рану, подвергшейся хирургической обработке через одну неделю после повреждения  б) шов, наложенный на рану, подвергнувшейся обработке через один месяц после повреждения  в) шов, накладываемый на рану в течение первых 5-7 дней после ранения до появления грануляций  г) шов, наложенный на гранулирующую рану с подвижными нефиксированными краями, без наличия рубцов</p>	в)	Травматология и ортопедия

	д) шов на гранулирующую рану с развитой рубцовой тканью после иссечения кожных краев и дна раны		
ПК-2	ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА АЛКОГОЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ а) Асцит б) Камни в протоках поджелудочной железы в) Панкреатогенный сахарный диабет г) Атрофия поджелудочной железы д) Петехиальные кровоизлияния на животе	б)	Госпитальная терапия
ПК-2	ПРЕПАРАТ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ОТЕКА ЛЕГКИХ У БОЛЬНОГО С ОИМ И НОРМАЛЬНЫМ АД а) Строфантин б) Нитроглицерин в) Маннитол г) Преднизолон д) Норадrenalин	б)	Госпитальная терапия
ПК-2	ОБ АКТИВНОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ а) Ускорение СОЭ б) Утренняя скованность больше 1 часа в) Повышение АЛТ г) Узелки Гебердена д) Высокий титр АСЛ-О	а)	Госпитальная терапия
ПК-2	К ДИФФУЗНЫМ ПОРАЖЕНИЯМ ЛЕГКИХ ОТНОСИТСЯ а) Фиброзирующий альвеолит б) Бронхиальная астма в) ХОБЛ г) Трахеобронхиальная дискинезия д) Обструктивный бронхит	а)	Госпитальная терапия
ПК-2	ШУМ ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ а) диастолический б) пресистолический в) мезодиастолический г) систолодиастолический д) систолический	а)	Госпитальная терапия
ПК-2	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ ЯВЛЯЕТСЯ: а) электроэнцефалография б) офтальмоскопия в) люмбальная пункция г) компьютерная томография головного мозга д) вентрикулография	г)	Неврология
ПК-2	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МИАСТЕНИИ НЕОБХОДИМО ПРОВЕДЕНИЕ а) электроэнцефалографии б) ЭКГ в) ЭХО-электроэнцефалографии	д)	Неврология

	г) офтальмоскопии д) электромиографии		
ПК-2	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СИРИНГОМИЕЛИИ ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ а) биохимические анализы крови б) методы молекулярной диагностики в) МРТ г) клинический анализ крови д) кариотипирование	в)	Неврология
ПК-3	КАКОВЫ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ РОДОВЫХ СХВАТОК? а) длительность и периодичность б) болезненность и ритмичность в) продолжительность, сила, частота, болезненность г) длительность, периодичность, произвольность д) болезненность	в)	ПП ПВ (гинекология)
ПК-3	КАКИЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ РАЗНОВИДНОСТИ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЙ? а) ягодичное, ножное, коленное б) ягодичное и ягодично-ножное в) ягодичное: чистое и смешанное, ножное: полное, неполное, коленное г) чисто ягодичное, смешанное ягодичное, коленной д) коленное	в)	ПП ПВ (гинекология)
ПК-3	КАКОЙ ВАРИАНТ ТАЗОВОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ САМЫМ БЛАГОПРИЯТНЫМ ДЛЯ МАТЕРИ И ПЛОДА? а) чисто ягодичное б) смешанное ягодичное в) полное ножное г) неполное ножное д) коленное	а)	ПП ПВ (гинекология)
ПК-3	СКОЛЬКО МОМЕНТОВ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ВЫ ЗНАЕТЕ? а) три б) четыре в) пять г) шесть д) два	г)	ПП ПВ (гинекология)
ПК-3	НАЗОВИТЕ ПЕРВЫЙ МОМЕНТ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ а) вставление ягодиц плода во вход в таз б) внутренний поворот ягодиц в) боковое сгибание позвоночника плода в поясничном отделе г) опускание ягодиц плода во вход в малый таз д) сгибание головки	а)	ПП ПВ (гинекология)
ПК - 3	ПРИЧИНАМИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ	в	Онкология



	<p>ГИДРОЦЕФАЛИИ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) опухоль мозга б) воспалительные процессы в) врожденные состояния г) травмы д) наследственность</p>		
ПК-3	<p>КАКОВЫ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ РОДОВЫХ СХВАТОК?</p> <p>а) длительность и периодичность б) болезненность и ритмичность в) продолжительность, сила, частота, болезненность г) длительность, периодичность, произвольность д) болезненность</p>	в)	Акушерство и гинекология
ПК-3	<p>ВПЕРВЫЕ ШЕВЕЛЕНИЯ ПЛОДА ПЕРВОРОДЯЩАЯ ЖЕНЩИНА ОЩУЩАЕТ</p> <p>а) 18 недель б) 20 недель в) 22 недели г) 28 недель д) 30 недель</p>	б)	Акушерство и гинекология
ПК-3	<p>КАКОВ НОРМАЛЬНЫЙ ТЕМП РАСКРЫТИЯ ЗЕВА У ПОВТОРНОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН?</p> <p>а) 2 см за 2-3 часа б) 2 см за 1,5-2 часа в) 2 см за 30 минут г) 2 см за 6-7 часов д) 2 см за 30 минут</p>	б)	Акушерство и гинекология
ПК-3	<p>ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ МАТКА ПЛОТНАЯ. КАКОВА ПРИЧИНА ПРОДОЛЖАЮЩЕГОСЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ?</p> <p>а) гипотония матки б) атония матки в) травма шейки матки г) ДВС-синдром д) задержка частей плаценты</p>	в)	Акушерство и гинекология
ПК-3	<p>КАКИЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ ОТНОСЯТСЯ К ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ НЕИНВАЗИВНЫМ</p> <p>а) зондирование матки б) пункция брюшной полости через задний свод влагалища в) кольпоскопия г) биопсия д) лапароскопия</p>	в)	Акушерство и гинекология
ПК-3	<p>КАКОЙ МЕТОД ПОЗВОЛЯЕТ ОБНАРУЖИТЬ ПОДСЗИЗИСТУЮ МИОМУ ТЕЛА МАТКИ</p> <p>а) ультразвуковое сканирование матки б) зондирование полости матки в) гистероскопия г) диагностическое выскабливание д) лапароскопия</p>	в)	Акушерство и гинекология

ПК-3	ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ЭНДОМЕТРИЯ а) гистеросальпингография б) мануальная вакуумная аспирация эндометрия под контролем гистероскопии в) выскабливание слизистой полости матки г) аспирационная биопсия д) цуг эндометрия	б)	Акушерство и гинекология
ПК-3	ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ДИСПЛАЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ а) осмотр с помощью зеркал б) кольпоскопия в) биопсия с последующим гистологическим исследованием г) цитология мазков отпечатков д) проба Шиллера	в)	Акушерство и гинекология
ПК-3	ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛЕЙ ПО ПРАВОМУ ФЛАНГУ И В ПРАВОЙ ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ У ПОЖИЛЫХ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ: а) типичного расположения червеобразного отростка; б) тазового расположения; в) подпеченочного расположения; г) ретроцекального расположения; д) формирования парааппендикулярного абсцесса.	г)	Геронтология и гериатрия в хирургии
ПК-3	ДЛЯ ПЕРФОРАТИВНОГО АППЕНДИЦИТА У ПОЖИЛЫХ НЕ ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ: а) внезапного усиления болей в животе; б) нарастания клиники перитонита; в) Щеткина-Блюмберга; г) Воскресенского; д) мягкого живота при пальпации.	д)	Геронтология и гериатрия в хирургии
ПК-3	САМЫМ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ПАРАКЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ПОЖИЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ: а) теплография; б) УЗИ брюшной полости; в) обзорная рентгенография; г) лапароскопия; д) компьютерная томография.	г)	Геронтология и гериатрия в хирургии
ПК-3	СИНДРОМ МИРИЗИ У ПОЖИЛЫХ – ЭТО ПРОЛЕЖЕНЬ ОТ КАМНЯ С ОБРАЗОВАНИЕМ ФИСТУЛЫ МЕЖДУ: а) желчным пузырем и холедохом; б) желчным пузырем и 12 п.к.; в) желчным пузырем и толстой кишкой; г) холедохом и 12 п.к.; д) холедохом и толстой кишкой.	а)	Геронтология и гериатрия в хирургии
ПК-3	ЧТО, ПРАКТИЧЕСКИ ВСЕГДА, СОПУТСТВУЕТ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗУ У ВОЗРАСТНЫХ	а)	Геронтология и гериатрия в

	<p><b>БОЛЬНЫХ?</b></p> <p>а) желтуха;  б) острый холецистит;  в) острый панкреатит;  г) стеноз БДС;  д) гнойный холангит.</p>		хирургии
ПК-3	<p><b>ДЛЯ ОСТРОГО ОБТУРАЦИОННОГО ХОЛАНГИТА У СТАРШЕГО ВОЗРАСТА НЕ ХАРАКТЕРНО:</b></p> <p>а) желтуха;  б) высокая температура;  в) увеличение печени;  г) уменьшение печени;  д) лейкоцитоз.</p>	г)	Геронтология и гериатрия в хирургии
ПК-3	<p><b>ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ОПАСНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У ПОЖИЛОГО БОЛЬНОГО:</b></p> <p>а) вскрытие желчного пузыря при выделении;  б) оставление камней в холедохе;  в) оставление длинной культы пузырного протока;  г) оставление компенсированного стеноза БДС;  д) повреждение общего желчного протока.</p>	д)	Геронтология и гериатрия в хирургии
ПК-3	<p><b>ОСНОВОЙ СЕГМЕНТАРНОГО СТРОЕНИЯ ЛЕГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВЕТВЛЕНИЕ:</b></p> <p>а) бронхов  б) бронхов и легочных артерий  в) легочных артерий, бронхов и легочных вен  г) легочных артерий и бронхов  д) легочных вен</p>	в)	Лучевая диагностика
ПК-3	<p><b>В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО РАКА И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ШАРОВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ:</b></p> <p>а) величина  б) характер контуров  в) отсутствие известковых включений  г) наличие полости распада  д) локализация тени</p>	б)	Лучевая диагностика
ПК-3	<p><b>ВНУТРИГРУДНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ ЛИМФОУЗЛЫ – ЭТО ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ</b></p> <p>а) переднего средостения  б) центрального и заднего средостения  в) корней легких  г) корней легких и средостения  д) заднего средостения</p>	г)	Лучевая диагностика
ПК-3	<p><b>НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЙ ПРИЗНАК НАПРЯЖЕННОГО КЛАПАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА</b></p> <p>а) повышение прозрачности легочного поля  б) низкое положение купола диафрагмы  в) смещение средостения в противоположную</p>	в)	Лучевая диагностика

	<p>сторону</p> <p>г) «взрывная» пульсация сердца</p> <p>д) мягкотканная эмфизема</p>		
ПК-3	<p>ИЗМЕНЕНИЯ В РАЗЛИЧНЫХ ОТДЕЛАХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ РАЗВИТИЕМ ФИБРОЗНОЙ ТКАНИ В ПОДСЛИЗИСТОМ СЛОЕ И АТРОФИЕЙ ГЛАДКОЙ МУСКУЛАТУРЫ, ИМЕЮТ МЕСТО ПРИ:</p> <p>а) системной красной волчанке</p> <p>б) узелковом периартериите</p> <p>в) Склеродермии</p> <p>г) исходе воспалительных процессов</p> <p>д) рубцово-язвенной деформацией луковицы 12перстной кишки</p>	в)	Лучевая диагностика
ПК-3	<p>ПРИ ПАРЕЗЕ ГЛОТКИ НА СТОРОНЕ ПОРАЖЕНИЯ ВАЛЛЕКУЛЫ И ГРУШЕВИДНЫЕ СИНУСЫ</p> <p>а) не заполняются</p> <p>б) быстро опорожняются</p> <p>в) длительно заполнены бариевой взвесью, расширены</p> <p>г) деформированы</p> <p>д) заполняются фрагментарно</p>	в)	Лучевая диагностика
ПК-3	<p>ЛУКОВИЦА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ДЕФОРМИРОВАНА В ВИДЕ ТРИЛИСТНИКА. ЯЗВЕННУЮ НИШУ (ИЛИ ТАК НАЗЫВАЕМЫЕ «ЦЕЛЮЮЩИЕСЯ ЯЗВЫ») СЛЕДУЕТ ИСКАТЬ</p> <p>а) в основании луковицы</p> <p>б) на вершине луковицы</p> <p>в) в центре луковицы</p> <p>г) в карманах луковицы</p> <p>д) в привратнике желудка</p>	в)	Лучевая диагностика
ПК-3	<p>К ПРЯМЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ АБСЦЕССА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ОТНОСЯТ</p> <p>а) ограниченное затемнение брюшной полости</p> <p>б) смещение органов, окружающих участок затемнения</p> <p>в) ограниченный парез соседних кишечных петель</p> <p>г) горизонтальный уровень жидкости в ограниченной полости</p> <p>д) единичные обезызвращения по ходу толстого кишечника</p>	г)	Лучевая диагностика
ПК-3	<p>НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ</p> <p>а) при выявлении рака молочной железы</p> <p>б) при дифференциальной диагностике рака и доброкачественных опухолей молочной железы</p> <p>в) при дифференциальной диагностике кистозных и солидных патологических образований</p>	в)	Лучевая диагностика

	г) при дифференциальной диагностике кист, доброкачественных и злокачественных образований д) при опухолях щитовидной железы		
ПК-3	ПАТОГНОМОНИЧНЫЙ КТ- ПРИЗНАК РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ (ПРИ НАТИВНОМ ИССЛЕДОВАНИИ) а) очаг кальциноза в просвете аорты б) утолщение, дезорганизованность стенки аорты в) неоднородность просвета аорты г) резкое увеличение диаметра аорты д) утолщение стенки левого желудочка	а)	Лучевая диагностика
ПК-3	ОЗЛОКАЧЕСТВЛЕНИЮ МОЖЕТ ПОДВЕРГАТЬСЯ а) хондроматоз костей б) мраморная болезнь в) несовершенный остеогенез г) спондило-эпифизарная дисплазия д) рахит	а)	Лучевая диагностика
ПК-3	ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ОСТИТА ХАРАКТЕРНЫ а) деструкция костной ткани б) периостальная реакция в) регионарный остеопороз г) атрофия кости д) хондроматоз	а)	Лучевая диагностика
ПК-3	ПРИЗНАКОМ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ПАРЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ а) спастический тонус мышц б) повышение сухожильных рефлексов в) снижение сухожильных рефлексов г) гипертрофия мышц д) рефлекс Бабинского	в)	Неврология
ПК-3	ПРИЗНАКОМ ПОРАЖЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО НЕРВА ЯВЛЯЕТСЯ а) гипертрофия мышц б) патологические рефлекссы в) защитные рефлекссы г) арефлексия д) галлюцинации	г)	Неврология
ПК-3	К ПАТОЛОГИЧЕСКИМ РЕФЛЕКСАМ НА ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ОТНОСИТСЯ РЕФЛЕКС а) Бабинского б) Оппенгейма в) Россолимо г) Шеффера д) Кернига	в)	Неврология
ПК-3	ПРИ ПОРАЖЕНИИ ВНУТРЕННЕЙ КАПСУЛЫ У ПАЦИЕНТА ПОЯВЛЯЕТСЯ а) гомонимная гемианопсия с противоположной стороны б) гомонимная гемианопсия на стороне поражения	а)	Неврология

	<p>в) гетеронимная гемианопсия  г) квадрантная гемианопсия  д) зрительные галлюцинации</p>		
ПК-3	<p>КОСОГЛАЗИЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЧЕРЕПНОГО НЕРВА</p> <p>а) III  б) XII  в) VII  г) V  д) VIII</p>	а)	Неврология
ПК-3	<p>ПТОЗ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЧЕРЕПНОГО НЕРВА</p> <p>а) IV  б) VI  в) III  г) V  д) VIII</p>	в)	Неврология
ПК-3	<p>БОЛЬ В ЖИВОТЕ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ НАЧИНАЕТСЯ</p> <p>а) в правой подвздошной области  б) в околопупочной области  в) в подложечной области  г) по всему животу  д) во всех перечисленных отделах живота</p>	д)	Госпитальная хирургия
ПК-3	<p>ХОЛЕДОХОЛИТИАЗУ ВСЕГДА СОПУТСТВУЕТ</p> <p>а) механическая желтуха  б) острый холецистит  в) острый панкреатит  г) стеноз БДС  д) холангит</p>	г)	Госпитальная хирургия
ПК-3	<p>НАИЛУЧШИМ МЕТОДОМ, ОБЛЕГЧАЮЩИМ ДИФФЕРЕНЦИРОВКУ ПАХОВО-МОШОНОЧНОЙ ГРЫЖИ И ВОДЯНКИ ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА, ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) трансиллюминация и УЗИ  б) пункция  в) пальпация  г) экстренная операция  д) аускультация</p>	а)	Госпитальная хирургия
ПК-3	<p>ГАСТРОБИОПСИЯ ПОКАЗАНА ИЗ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА:</p> <p>а) области кардии;  б) области угла желудка;  в) антрума;  г) большой кривизны;  д) любой локализации.</p>	Д)	Госпитальная хирургия
ПК-3	<p>КАКОЙ МЕТОД ПОЗВОЛЯЕТ ОБНАРУЖИТЬ ПОДСЗИЗИСТУЮ МИОМУ ТЕЛА МАТКИ?</p> <p>а) ультразвуковое сканирование матки  б) зондирование полости матки  в) гистероскопия  г) диагностическое выскабливание</p>	в)	ПП гинекологическая

	д) лапароскопия		
ПК-3	КАКИЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ ОТНОСЯТСЯ К ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ НЕИНВАЗИВНЫМ а) зондирование матки б) пункция брюшной полости через задний свод влагалища в) кольпоскопия г) биопсия д) лапароскопия	в)	ПП гинекологическая
ПК-3	ОТКУДА ПРОВОДИТЬСЯ ВЗЯТИЕ МАЗКОВ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ГОНОРЕЮ а) влагалища б) цервикального канала б) уретры в) влагалища и цервикального канала г) влагалища и уретры д) уретры и цервикального канала	д)	ПП гинекологическая
ПК-3	ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ЭНДОМЕТРИЯ а) гистеросальпингография б) мануальная вакуумная аспирация эндометрия под контролем гистероскопии в) выскабливание слизистой полости матки г) аспирационная биопсия д) цуг эндометрия	б)	ПП гинекологическая
ПК-3	ФОРМЫ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА а) межпочечный гнойный б) апостематозный в) абсцесс г) карбункул д) все перечисленное	а)	Урология
ПК-3	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЗЫВАЕТ ПИЕЛОНЕФРИТ а) кишечная палочка б) протей в) палочка сине-зеленого гноя г) стафилококк д) энтерококк	а)	Урология
ПК-3	НАРУШЕНИЯ УРОДИНАМИКИ ОТМЕЧАЮТСЯ ОБЫЧНО а) с 2-4-й недели беременности б) с 5-6-й недели беременности в) с 7-10-й недели беременности г) с 11-20-й недели беременности д) с 21-30-й недели беременности	б)	Урология
ПК-3	РЕАБСОРБЦИЯ БИКАРБОНАТОВ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В ОСНОВНОМ а) в проксимальном канальце б) в петле Генле в) в дистальном канальце г) в собирательной трубке	в)	Урология

	д) в беллиниевом протоке		
ПК-3	У БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ВЫРАЖЕННАЯ ГИПЕРКАЛИЕМИЯ. В АНАМНЕЗЕ СЛЕДУЕТ ОБРАТИТЬ ВНИМАНИЕ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НА а) состав пищи б) наличие рвоты в) наличие диарреи г) жалобы на опорно-двигательную систему д) длительность артериальной гипертензии	а)	Урология
ПК-3	К ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ФОРМАМ ЧУМЫ ОТНОСИТСЯ а) кожная б) бубонная в) лёгочная г) тифоподобная д) энцефалитическая	в)	Инфекционные болезни
ПК-3	СЫПЬ ПРИ ПСЕВДОТУБЕРКУЛЁЗЕ а) пятнисто-папулезная, локализуется на стопах, кистях рук б) необильная, розеолезная, локализуется на животе в) везикулёзная, окружена венчиком гипермии г) петехиальная, сливная д) элементы сыпи трансформируются в везикулы	а)	Инфекционные болезни
ПК-3	ДЛЯ ДЕГИДРАТАЦИИ IV СТЕПЕНИ ПРОЦЕНТ ПОТЕРИ МАССЫ ТЕЛА СОСТАВЛЯЕТ а) до 1% б) 4-6% в) 3% г) свыше 10% д) 7-9%	г)	Инфекционные болезни
ПК-3	ДЛЯ ХОЛЕРЫ ХАРАКТЕРЕН СТУЛ ПО ТИПУ а) «рисового отвара» б) «малинового желе» в) «ректального плевка» г) «болотной тины» д) мелены	а)	Инфекционные болезни
ПК-3	В МНОГОПРОФИЛЬНОМ ЛЕЧЕБНОМ УЧРЕЖДЕНИИ ПАЦИЕНТА СО СТОЛБНЯКОМ ГОСПИТАЛИЗИРУЮТ В а) хирургическое отделение б) инфекционное отделение в) отделение неврологии г) отделение нейрохирургии д) реанимационное отделение	д)	Инфекционные болезни
ПК-3	ДЛЯ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ГЕРПЕСВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ ИСПОЛЬЗУЮТ а) ацикловир б) осельтамивир в) местную обработку везикул антисептиком	а)	Инфекционные болезни



	г) ремантадин д) интерферон $\alpha$ -2b		
ПК-3	ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ВОЗБУДИТЕЛЯ ШИГЕЛЛЁЗА НЕОБХОДИМО а) провести вирусологическое исследование кала б) выполнить ИФА крови в) провести бактериологическое исследование кала г) выполнить РПГА д) провести микроскопию промывных вод желудка	в)	Инфекционные болезни
ПК-3	ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ ЛАБОРАТОРНОГО ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ПРИ АМЁБИАЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ а) выявление лейкоцитоза в периферической крови б) выявление лейкоцитов по данным копрологического исследования в) выявление вегетативных форм по данным копрологического исследования г) значительное ускорение СОЭ д) стул «малиновое желе»	в)	Инфекционные болезни
ПК-3	ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ХАРАКТЕРНО ОБНАРУЖЕНИЕ а) клеток в виде «глаза совы» б) атипичных мононуклеаров в) инфекционных мононуклеаров г) анемии д) клеток Березовского-Штернберга	б)	Инфекционные болезни
ПК-3	ДЛЯ ГЕПАТИТА А В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ БОЛЕЗНИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ а) HBsAg б) anti-HAV IgM в) anti-HbcorIgM г) anti-HCV IgM д) anti-HAV IgG	б)	Инфекционные болезни
ПК-3	ТЯЖЕЛАЯ ФОРМА МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ – ЭТО а) синдром Бехчета б) афтоз Сеттона в) синдром Стивенса-Джонсона г) синдром Шегрена д) синдром Розенталя	в)	Дерматовенерология
ПК-3	СИМПТОМЫ ГОРЧАКОВА-АРДИ, МИХАЭЛИСА, СЕЗАРИ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ПРИ а) чесотке б) педикулезе в) лейшманиозе г) вульгарных угрях д) псориазе	а)	Дерматовенерология
ПК-3	ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ЧЕСОТКИ ЯВЛЯЮТСЯ а) усиление зуда в холодном помещении	д)	Дерматовенерология

	б) усиление зуда в ночное время в) мономорфизм высыпаний г) дермальная локализация высыпаний д) наличие чесоточных ходов		
ПК-3	<b>СИМПТОМ УИКХЕМА ОБУСЛОВЛЕН</b> а) акантолизом б) неравномерным утолщением зернистого слоя эпидермиса (гипергранулезом) в) гиперкератозом г) спонгиозом д) папилломатозом	б)	Дерматовенерология
ПК-3	<b>ДЛЯ СИФИЛИТИЧЕСКИХ БУГОРКОВ ХАРАКТЕРНО</b> а) положительный симптом Бенье-Мещерского б) плотная консистенция, медно-красный цвет в) болезненность при пальпации г) после изъязвления — "мозаичные рубцы" д) возможность рецидивов на рубце	г)	Дерматовенерология
ПК-3	<b>ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ НЕОСЛОЖНЁННОЙ ФОРМЫ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ</b> а) биохимический анализ крови б) УЗИ в) РХПГ г) внутривенная холангиография д) МСКТ с болюсным контрастированием	б)	Госпитальная хирургия
ПК-3	<b>НАРУЖНЫЕ ГРЫЖИ ЖИВОТА ФОРМИРУЮТСЯ ЧЕРЕЗ</b> а) дефекты кожи б) дефекты в подкожной клетчатке и фасции в) дефекты в париетальной брюшине брюшной стенки г) дефекты в висцеральной брюшине д) дефекты в мышечно-апоневротическом слое брюшной стенки	д)	Госпитальная хирургия
ПК-3	<b>САМАЯ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ЖЕЛУДОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ</b> а) рак желудка б) цирроз печени с портальной гипертензией в) синдром Мэллори-Вейса г) язвы желудка и 12-перстной кишки д) геморрагический гастрит	г)	Госпитальная хирургия
ПК-3	<b>ЧЕМ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ СОСТОЯНИЯ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ПАМЯТИ</b> а) физическая истощаемость, б) психическая истощаемость, в) фиксационная амнезия г) аффективная лабильность, д) иллюзии	в)	Психиатрия
ПК-3	<b>ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ СВОЙСТВЕННЫ БОЛЬНЫМ ЭПИЛЕПСИЕЙ</b> а) эгоцентризм б) медлительность	а)	Психиатрия

	<p>в) педантизм и аккуратность  г) замкнутость и нерешительность  д) амнезия</p>		
ПК-3	<p>ЧАСТЫЙ СИМПТОМ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ</p> <p>а) апатия  б) амбивалентность  в) дисфория  г) эйфория  д) амбитендентность</p>	в)	Психиатрия
ПК-3	<p>СВОЙСТВЕННО СОСУДИСТЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ГОЛОВНОГО МОЗГА</p> <p>а) слабодушие  б) амбивалентность  в) дисфория  г) эйфория  д) амбитендентность</p>	а)	Психиатрия
ПК-3	<p>ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЮТСЯ ИСТИННЫЕ ГАЛЛЮЦИНАЦИИ</p> <p>а) эпилепсия  б) сосудистые заболевания головного мозга  в) алкогольный делирий  г) шизофрения  д) психопатии</p>	в)	Психиатрия
ПК-3	<p>КРИТЕРИЯМИ ТЯЖЕСТИ ПАРАГРИППА ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) выраженность интоксикации и наличие стеноза гортани б) лихорадка и выраженность сыпи  в) лихорадка и тяжесть ангины  г) нейротоксикоз  д) выраженность обезвоживания</p>	а)	Детские инфекции
ПК-3	<p>ВЕДУЩИМ ЗВЕНОМ ПАТОГЕНЕЗА РОТАВИРУСНОГО ГАСТРОЭНТЕРИТА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) токсинемия  б) осмотическая диарея  в) секреторная диарея  г) печеночно-клеточная недостаточность  д) развитие синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания</p>	б)	Детские инфекции
ПК-3	<p>ВЕДУЩИМ ЗВЕНОМ ПАТОГЕНЕЗА КОКЛЮША ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) бактериемия  б) токсинемия  в) формирование доминанты в дыхательном центре, гипоксия  г) обменные нарушения д) вирусемия</p>	в)	Детские инфекции
ПК-3	<p>ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА МЕНИНГОКОККОВОГО МЕНИНГИТА НЕОБХОДИМО ВЫДЕЛИТЬ МЕНИНГОКОКК ИЗ</p> <p>а) ликвора  б) крови</p>	б)	Детские инфекции

	<p>в) носоглоточной слизи г) элементов сыпи д) из мочи</p>		
ПК-3	<p>ДЛЯ СЫПИ ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ ХАРАКТЕРНО</p> <p>а) этапное появление б) появление ее на гиперемизованном фоне кожи в) наличие ложного полиморфизма г) распространение в пределах дерматома д) сгущение на сгибаемых поверхностях</p>	в)	Детские инфекции
ПК-3	<p>СЫПЬ ПРИ СКАРЛАТИНЕ</p> <p>а) появляется на 3-й день болезни, распространяется этапно в течение двух суток б) появляется на фоне бледных кожных покровов в) мелкая папулезная г) мелкоочечная на гиперемизованном фоне кожи д) элементы сыпи трансформируются в везикулы</p>	г)	Детские инфекции
ПК-3	<p>ЗВЕЗДЧАТАЯ ГЕМОМОРРАГИЧЕСКАЯ СЫПЬ С НАКЛОННОСТЬЮ К НЕКРОЗУ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ</p> <p>а) кори б) краснухи в) скарлатины г) псевдотуберкулеза д) менингококкемии</p>	д)	Детские инфекции
ПК-3	<p>ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ</p> <p>а) энтерогеморрагическом эшерихиозе б) энтероинвазивном эшерихиозе в) энтеротоксигенном эшерихиозе г) ротавирусном гастроэнтерите д) норовирусном гастроэнтерите</p>	а)	Детские инфекции
ПК-3	<p>ДЛЯ ШИГЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРЕН СТУЛ ПО ТИПУ</p> <p>а) «рисового отвара» б) «малинового желе» в) «ректального плевка» г) «болотной тины» д) мелены</p>	в)	Детские инфекции
ПК-3	<p>КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА УПЛОТНЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ</p> <p>а) амфорическое дыхание б) отставание пораженной половины грудной клетки в дыхании в) кашель г) одышка д) влажные хрипы</p>	б)	Факультетская терапия
ПК-3	<p>У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФОЛЕЙКОЗОМ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ УВЕЛИЧИВАЮТСЯ ЛИМФОУЗЛЫ</p> <p>а) шейные б) подмышечные в) подчелюстные</p>	г)	Факультетская терапия

	г) затылочные д) околоушные		
ПК-3	10. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ В РАЗВЕРНУТУЮ СТАДИЮ МИЕЛОМНОЙ БОЛЕЗНИ а) геморрагический синдром б) костно – суставной синдром в) синдром иммунодефицита г) анемический синдром д) гиперкальцемический синдром	б)	Факультетская терапия
ПК-3	ДЛЯ ПИЕЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНЫ а) дизурия с повышением температуры б) массивная протеинурия свыше 3,5 г/л/сут. в) снижение уровня клубочковой фильтрации г) боль при пальпации в подреберьях д) боль в поясничной области при движении.	а)	Факультетская терапия
ПК-3	ПРИЗНАКИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ а) бактериурия б) гипокомплементемия в) лейкоцитурия, эритроцитурия, цилиндрурия г) снижение клиренса креатинина д) увеличение клиренса креатинина	в)	Факультетская терапия
ПК-3	ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОГО ГИПОКОРТИЦИЗМА ХАРАКТЕРНО а) отсутствие гиперпигментации б) незначительная выраженность или отсутствие симптомов недостаточности минералокортикоидов в) наличие клинических признаков недостаточности гонадотропинов г) наличие клинических признаков недостаточности ТТГ д) наличие гиперпигментации	д)	Факультетская терапия
ПК-3	ПРИ ЗНАЧЕНИИ ГЛИКЕМИИ ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА ПОСЛЕ НАГРУЗКИ ГЛЮКОЗОЙ (75 Г) ДИАГНОСТИРУЕТСЯ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ а) 8 ммоль/л б) 9 ммоль/л в) 7 ммоль/л г) 10 ммоль/л д) выше 11,1 ммоль/л	д)	Факультетская терапия
ПК-3	САМЫЙ ЧАСТЫЙ ИСХОД ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ПРИ ОТСУТСТВИИ ЛЕЧЕНИЯ а) уменьшение полости распада б) формирование фиброзно-кавернозного туберкулеза в) формирование туберкуломы г) формирование плотных очаговых теней д) развитие пневмосклероза в легочной ткани	б)	Фтизиатрия
ПК-3	ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК КАЗЕОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ а) отсутствие подъемов температуры б) наличие каверны на неизменном легочном	д)	Фтизиатрия

	<p>поле  в) «немое» легкое  г) лимфаденопатия д) массивное затемнение в лёгочной ткани, поликаверноз</p>		
ПК-3	<p><b>МОРФОЛОГИЧЕСКИ ТУБЕРКУЛОМА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ</b>  а) фокус казеозного некроза с перифокальным воспалением вокруг более 1 см в диаметре  б) фокус казеозного некроза, окруженный фиброзной капсулой более 1 см в диаметре  в) участок казеозного некроза с фиброзной капсулой вокруг до 1см в диаметре  г) каверну без перифокального воспаления  д) каверну с перифокальным воспалением</p>	б)	Фтизиатрия
ПК-3	<p><b>ПОКАЗАТЕЛЬ ЛАБОРАТОРНОГО АНАЛИЗА ПЛЕВРАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ЭКССУДАТА</b>  а) белок – 36 г/л  б) белок – 15 г/л  в) отрицательная реакция Ривальта  г) удельный вес 1005  д) цитоз 3-5 клеток в поле зрения</p>	а)	Фтизиатрия
ПК-3	<p><b>ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ МЕНИНГИТА</b>  а) высокое внутричерепное давление  б) нейтрофильный плеоцитоз  в) снижение сахара в ликворе  г) головная боль  д) положительный симптом Кернига</p>	в)	Фтизиатрия
ПК-3	<p><b>ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРИ КОТОРОМ ДИССЕМИНАЦИЯ В ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В ВЕРХНИХ ОТДЕЛАХ</b>  а) милиарный туберкулез  б) саркоидоз 2 стадии  в) метастатический рак  г) подострый диссеминированный туберкулез  д) внебольничная пневмония</p>	г)	Фтизиатрия
ПК-3	<p><b>ПРЕПАРАТЫ, ОБЛАДАЮЩИЕ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ АКТИВНОСТЬЮ, КОТОРЫЕ НЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБНОЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В СЛУЧАЯХ ПОДОЗРЕНИЯ НА ТУБЕРКУЛЕЗ</b>  а) макролиды  б) пенициллины  в) фторхинолоны  г) тетрациклины  д) цефалоспорины</p>	в)	Фтизиатрия
ПК-3	<p><b>К ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЯМ ПРИ ХОЛЕЛИТИАЗЕ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ОТНОСЯТ</b></p>	в)	Факультетская хирургия

	<p>а) срочная холецистэктомия, холедохолитотомия с дренированием холедоха</p> <p>б) микрохолецистостомия под контролем УЗИ</p> <p>в) видеогастродуоденоскопия, РХХПГ, ЭПСТ</p> <p>г) срочная операция формирования холедохо-энтероанастомоза</p> <p>д) консервативное лечение</p>		
ПК-3	<p>С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМБИЛИОДИГЕСТИВНЫМ АНАСТОМОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) холецистогastroанастомоз</p> <p>б) холецистодуоденоанастомоз</p> <p>в) холедоходуоденоанастомоз</p> <p>г) холедохоюноанастомоз с выключенной петлёй по Ру</p> <p>д) холедохогастроанастомоз</p>	в)	Факультетская хирургия
ПК-3	<p>ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ НА ФОНЕ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА И РАКА ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПОЛЬЗУ РАКА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ</p> <p>а) положительный симптом Курвуазье</p> <p>б) спленомегалия</p> <p>в) повышение температуры</p> <p>г) коликообразные боли накануне желтухи</p> <p>д) отсутствие зуда</p>	а)	Факультетская хирургия
ПК-3	<p>КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ТОЛЬКО ПРИ</p> <p>а) заворот</p> <p>б) злообразование</p> <p>в) паралитическая непроходимость</p> <p>г) обтурационная непроходимость</p> <p>д) инвагинации</p>	в)	Факультетская хирургия
ПК-3	<p>ДЛЯ БОРЬБЫ С ПАНКРЕАТОГЕННЫМ ШОКОМ ПРИМЕНЯЮТ</p> <p>а) атропин</p> <p>б) паранефральную новокаиновую блокаду</p> <p>в) инфузионную терапию</p> <p>г) сандостатин</p> <p>д) лапароскопию</p>	в)	Факультетская хирургия
ПК-3	<p>ПРАВИЛА ПРЕКРАЩЕНИЯ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ РЕГЛАМЕНТИРУЮТСЯ</p> <p>а) приказом Минздрава № 302н</p> <p>б) внутрибольничным приказом</p> <p>в) постановлением правительства РФ № 950</p> <p>г) постановлением правительства РФ № 3</p> <p>д) указом президента РФ № 258</p>	в)	Анестезиология и реаниматология
ПК-3	<p>ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИДЕРОПЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА</p>	а)	Пропедевтика внутренних

	<p>ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В НАЗНАЧЕНИИ</p> <p>а) препаратов железа  б) переливания отмытых эритроцитов  в) щадящей диеты  г) поливитаминов  д) витамина В12 и фолиевой кислоты</p>		<p>болезней</p>
ПК-3	<p>ОРАЛЬНЫЙ ГЛЮКОЗТОЛЕРАНТНЫЙ ТЕСТ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ В СЛУЧАЕ</p> <p>а) желаяния пациента  б) если показатели гликемии натощак <math>\geq 6,1</math> и <math>&lt; 7,0</math> ммоль/л  в) если показатели гликемии натощак <math>\geq 11</math> ммоль/л  г) если показатели гликемии в произвольное время <math>\geq 11</math> ммоль/л  д) всего перечисленного</p>	б)	<p>Пропедевтика внутренних болезней</p>
ПК-3	<p>В СЛУЧАЕ РАЗВИТИЯ У БОЛЬНОГО НА ФОНЕ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ ПРИСТУПА ЗАГРУДИННОЙ СЖИМАЮЩЕЙ БОЛИ НЕОБХОДИМО СРАЗУ</p> <p>а) ждать 15 минут  б) записать ему ЭКГ  в) дать ему валидол  г) дать ему корвалол или валосердин  д) дать ему нитроглицерин</p>	д)	<p>Пропедевтика внутренних болезней</p>
ПК-3	<p>ЭТИОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПНЕВМОНИЙ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В НАЗНАЧЕНИИ</p> <p>а) иммуномодуляторов  б) противовирусных препаратов  в) антибиотиков  г) отхаркивающих препаратов  д) ингаляций с беродуалом</p>	в)	<p>Пропедевтика внутренних болезней</p>
ПК-3	<p>БОЛЬНОМУ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОКАЗАНО ОБСЛЕДОВАНИЕ</p> <p>а) почек  б) щитовидной железы  в) надпочечников  г) сосудов  д) сердца</p>	а)	<p>Пропедевтика внутренних болезней</p>
ПК-3	<p>ОБЯЗАТЕЛЬНЫМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СВИНЦОВОЙ КОЛИКИ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) обезболивающие средства  б) мочегонные  в) препараты железа  г) комплексоны  д) ноотропы</p>	г)	<p>Профессиональные болезни</p>
ПК-3	<p>К БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА ОТНОСИТСЯ</p> <p>а) беротек «по требованию»  б) формотерол постоянно  в) муколитическая терапия постоянно  г) антибиотикотерапия</p>	б)	<p>Профессиональные болезни</p>



	д) беродуал		
ПК-3	<p>К В2-АГОНИСТАМ ДЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ ОТНОСИТСЯ</p> <p>а) серетид б) симбикорт в) сальметерол г) соталекс д) сальбутамол</p>	в)	Профессиональные болезни
ПК-3	<p>ЛЕЧЕНИЕ ПРИ БЕНЗОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ</p> <p>а) только необходимость избегать контакта с бензолом. б) витамины препаратов группы В, гепатопротекторы, метаболическая терапия. в) переливание эр.массы и тромбоконцентрата г) купренил д) сорбенты</p>	б)	Профессиональные болезни
ПК-3	<p>ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОЙ СВИНЦОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ОСНОВНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) комплексоны б) препараты железа в) метиленовая синь г) переливание компонентов крови д) антигипоксанты</p>	а)	Профессиональные болезни
ПК-3	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫВИХИ ВОЗНИКАЮТ</p> <p>а) в тазобедренном суставе б) в коленном суставе в) в плечевом суставе г) в локтевом суставе д) в лучезапястном суставе</p>	в)	Травматология и ортопедия
ПК-3	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СДАВЛЕНИЕ МЯГКИХ ТКАНЕЙ НАБЛЮДАЕТСЯ:</p> <p>а) при автомобильных авариях б) при падении с высоты в) при землетрясении г) при пожарах д) при подводных работах на глубине</p>	в)	Травматология и ортопедия
ПК-3	<p>НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ</p> <p>а) анальгетиков б) спазмолитиков в) противосудорожных средств г) миорелаксантов д) витаминов</p>	в)	Неврология, медицинская генетика, нейрохирургия
ПК-3	<p>ВЫБЕРИТЕ ОДНО ИЗ ПОЛОЖЕНИЙ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ФАРМАКОЛОГИИ</p> <p>а) назначение в первый день лечения ударной дозы лекарственного средства б) отказ от полипрагмазии (множественной лекарственной терапии)</p>	б)	Геронтология и гериатрия в терапии

	<p>в) назначение для перорального приёма преимущественно жидких лекарственных форм</p> <p>г) потенцирование приёмом алкоголя действия лекарственных препаратов</p>		
ПК-3	<p><b>БОЛЬШИНСТВО ПРИМЕНЯЕМЫХ ЛЕКАРСТВ (КРОМЕ НПВП) ПОЖИЛЫМ ЛЮДЯМ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧАТЬ</b></p> <p>а) во время еды</p> <p>б) за 1 час до еды</p> <p>в) через час после еды</p> <p>г) независимо от приемов пищи</p> <p>д) непосредственно после еды</p>	б)	Геронтология и гериатрия в терапии
ПК-3	<p><b>ПРЕПАРАТ ВЫБОРА ПРИ ЭМПИРИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ</b></p> <p>а) амоксициллина/клавуланат</p> <p>б) азитромицин</p> <p>в) линкомицин</p> <p>г) доксициклин</p> <p>д) ципрофлоксацин</p>	а)	Геронтология и гериатрия в терапии
ПК-3	<p><b>ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАПОРА У ПОЖИЛЫХ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫ</b></p> <p>а) слабительные</p> <p>б) прокинетики</p> <p>в) препараты, имеющие сродство к серотониновым рецепторам</p> <p>г) правильный рацион питания, включающий пищевые волокна и полноценный водный баланс</p> <p>д) дозированная гимнастика, массаж живота, физиолечение</p>	г)	Геронтология и гериатрия в терапии
ПК-3	<p><b>МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АНЕМИЧЕСКОЙ ФОРМЫ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА</b></p> <p>а) симптоматическими терапия</p> <p>б) назначение комбинированных оральных контрацептивов</p> <p>в) хирургическое лечение</p> <p>г) антибактериальная терапия</p> <p>д) наблюдение</p>	в)	ПП гинекологическая
ПК-3	<p><b>МЕТОДЫ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПРЕРВАВШЕЙСЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ТИПУ РАЗРЫВА ТРУБЫ</b></p> <p>а) гемостатическая терапия</p> <p>б) гормональная терапия</p> <p>в) тампонада влагалища</p> <p>г) хирургическое лечение</p> <p>д) наблюдение</p>	г)	ПП гинекологическая
ПК-3	<p><b>ФОРМА ВЫПУСКА АЭРОЗОЛЬНОГО ИНГАЛЯТОРА «САЛЬБУТОМОЛ»</b></p> <p>а) 1 доза – 200 мг</p> <p>б) 1 доза – 300 мг</p> <p>в) 1 доза- 500 мг</p> <p>г) 1 доза - 100 мг</p> <p>д) 1 доза - 250 мг</p>	г)	ПП Неотложные медицинские манипуляции пациентам терапевтического профиля

ПК-3	<p>К В- АГОНИСТАМ КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ ОТНОСИТСЯ</p> <p>а) беротек б) сальмотерол в) формотерол г) беродуал д) спирива</p>	а)	ПП Неотложные медицинские манипуляции пациентам терапевтического профиля
ПК-3	<p>ДЛЯ КРУПНООЧАГОВОГО ИНФАРКТМАМИОКРАДА ПО ЭКГ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ</p> <p>а) патологический зубец Q, конкордантный подъем сегмента ST б) изоэлектричный сегмент ST в) дискордантная депрессия сегмента ST г) низкий вольтаж зубца R в стандартных отведениях д) низкий вольтаж всех зубцов</p>	а)	ПП Неотложные медицинские манипуляции пациентам терапевтического профиля
ПК-3	<p>ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ МАЛОЭФФЕКТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ.</p> <p>а) беротек б) димедрол в) сальбутамол г) преднизалон д) беродуал</p>	б)	ПП Неотложные медицинские манипуляции пациентам терапевтического профиля
ПК-3	<p>ПРИ СТОЙКОЙ ГИПОТЕНЗИИ НЕОБХОДИМО ПРИМЕНЯТЬ</p> <p>а) норадреналин 0.2% - 1-2.0 мл в/в б) адреналин 0.1% - 1.0 мл в/в в) преднизолон 30 мг в/м г) эуфиллин 2.4% - 10.0 мл в/в д) свежемороженая плазма 250 мл в/в капельно</p>	а)	ПП Неотложные медицинские манипуляции пациентам терапевтического профиля
ПК-3	<p>К ОСНОВНОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КРАПИВНИЦЫ ОТНОСЯТСЯ</p> <p>а) глюкокортикоиды б) блокаторы H1-рецепторов гистамина в) антагонисты лейкотриеновых рецепторов г) иммунодепрессанты д) антидепрессанты</p>	б)	ПП Неотложные медицинские манипуляции пациентам терапевтического профиля
ПК-3	<p>ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ САЛУРЕТИКОВ (ФУРОСЕМИДА) В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ДОПУСКАЕТСЯ ИХ ДОЗА</p> <p>а) 100-200 мг / сутки б) до 50 мг / сутки в) до 1000 мг / сутки г) до 40 мг однократно д) до 3000 мг / сутки</p>	в)	ПП Неотложные медицинские манипуляции пациентам терапевтического профиля
ПК-3	<p>КОГДА НАДО БЫТЬ ГОТОВЫМ К ПРИЕМУ РОДОВ?</p> <p>а) когда начинается период изгнания б) когда начинаются потуги в) когда головка начинает врезываться</p>	в)	ПП ПВ (гинекология)

	г) когда головка прорезывается д) с началом родовой деятельности		
ПК-3	КАК ЧАСТО НУЖНО ВЫСЛУШИВАТЬ СЕРДЦЕБИЕНИЕ ПЛОДА? а) при целом плодном пузыре - через каждые 15-20 минут, после отхождения вод – через 5-10 минут б) каждые 2 часа в) в первом периоде родов – каждые 30 минут, во втором - каждые 15 минут г) не реже чем через 30 минут д) каждые 3 часа	а)	ПП ПВ (гинекология)
ПК-3	КАКОВА НОРМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПЕРИОДА ИЗГНАНИЯ У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН? а) 30 минут б) 1-2 часа в) 2-3 часа г) 3-4 часа д) 5 часов	б)	ПП ПВ (гинекология)
ПК-3	КАКОВА НОРМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПЕРИОДА ИЗГНАНИЯ У ПОВТОРНРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН? а) 10 минут б) 30 минут – 1 час в) 2 часа г) 3 часа д) 4 часа	б)	ПП ПВ (гинекология)
ПК-3	КОГДА НАДО БЫТЬ ГОТОВЫМ К ПРИЕМУ РОДОВ? а) когда начинается период изгнания б) когда начинаются потуги в) когда головка начинает врезываться г) когда головка прорезывается д) с началом родовой деятельности	в)	ПП ПВ (гинекология)
ПК-3	САХАРНЫЙ ДИАБЕТ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ УРОВНЕ ГЛИКЕМИИ ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА ПОСЛЕ НАГРУЗКИ ГЛЮКОЗОЙ (75 Г) _____ ММОЛЬ/Л а) 8 б) 9 в) 7 г) 10 д) выше 11,1	д)	ЭВН
ПК-3	ДЛЯ ПИЕЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНЫ а) дизурия с повышением температуры б) массивная протеинурия свыше 3,5 г/л/сут в) снижение уровня клубочковой фильтрации г) боль при пальпации в подреберьях д) боль в поясничной области при движении	а)	ЭВН
ПК-3	ОБ АКТИВНОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ а) ускорение СОЭ б) утренняя скованность больше 1 часа в) повышение АЛТ	а)	ЭВН

	г) узелки Гебердена д) высокий титр АСЛ-О		
ПК-3	ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕОСЛОЖНЕННЫМ ПРИСТУПОМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НЕ ХАРАКТЕРНО а) ограничение подвижности нижнего легочного края б) сухие свистящие хрипы в) жужжащие хрипы г) участки «немного легкого» д) бронхиальное дыхание	г)	ЭВН
ПК-3	ПРИ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЕ ИСЧЕЗНОВЕНИЕ БОЛЕЙ И ПОЯВЛЕНИЕ МЕЛЕНЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ а) стеноза привратника б) перфорации язвы в) малигнизации язвы г) кровотечения д) пенетрации в поджелудочную железу	г)	ЭВН
ПК-3	ТЯЖЕСТЬ ХОБЛ ОПРЕДЕЛЯЮТ ОБЪЕКТИВНО НА ОСНОВАНИИ а) аускультации лёгких б) перкуссии лёгких в) исследования функции внешнего дыхания г) ЭКГ д) рентгенологического исследования	в)	ЭВН
ПК-4	ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА а) мочегонные б) кортикостероиды в) спазмолитики г) гипотензивные д) НПВП	б)	Факультетская терапия
ПК-4	СРЕДНЕСУТОЧНАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ДОЗА 2-Х ВАЛЕНТНОГО ЖЕЛЕЗА а) 100 мг б) 50 мг в) 400 мг г) 200 мг д) 150 мг	г)	Факультетская терапия
ПК-4	ЛЕЧЕНИЕ БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИИ ПОКАЗАНО а) при мочекаменной болезни б) при пиелонефрите на фоне сахарного диабета; в) при ББ на фоне беременности г) при ефроангиосклерозе д) при диабетической нефропатии	в)	Факультетская терапия
ПК-4	ЦИКЛОФОСФАМИД – ПРЕПАРАТ ВЫБОРА а) при волчаночном нефрите б) при суставном синдроме в) при алопеции г) при выкидышах	а)	Факультетская терапия

	д) при миозите		
ПК-4	ПРИ СРЕДНЕЙ И ТЯЖЕЛОЙ ФОРМАХ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАЗНАЧАЮТ а) диету с ограничением солей калия б) заместительную терапию препаратами глюкокортикостероидов и минералокортикоидов в) аскорбиновую кислоту г) гипотензивную терапию д) анаболические стероидные гормоны	г)	Факультетская терапия
ПК-4	К ОСНОВНЫМ ГРУППАМ СОВРЕМЕННЫХ ПРОТИВОАРИТМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ: а) Блокаторов натриевых каналов б) Адренергических препаратов в) Антагонистов кальция г) Препаратов, увеличивающих продолжительность потенциала действия д) Блокаторов бета-адренергических рецепторов	б)	Кардиология и ССХ
ПК-4	К ПРЕПАРАТУ, ПРЕДУПРЕЖДАЮЩЕМУ ВНЕЗАПНУЮ АРИТМОГЕННУЮ СМЕРТЬ ОТНОСИТСЯ: а) Ацетилсалициловая кислота б) Нитроглицерин в) Никотиновая кислота г) Лидокаин д) Омакор	г)	Кардиология и ССХ
ПК-4	ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ПАРОКСИЗМОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН: а) Дигоксин б) Нифедипин в) Кордарон г) Панангин д) Бисопролол	в)	Кардиология и ССХ
ПК-4	ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ К III КЛАССУ АНТИАРИТМИЧЕСКИХ СРЕДСТВ? а) Кордарон б) Пропафенон в) Этmozин г) Дилтиазем д) Верапамил	а)	Кардиология и ССХ
ПК-4	ПРИ КАМНЕ ИНТРАМУРАЛЬНОГО ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКА, НАРУШАЮЩЕГО УРОДИНАМИКУ, БОЛИ НОСЯТ ХАРАКТЕР а) ноющих б) тупых в) острых г) приступообразных острых д) постоянных ноющих	г)	Урология

ПК-4	<p>ПРИ ОСТРОМ ПАРЕНХИМАТОЗНОМ ПРОСТАТИТЕ БОЛИ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ</p> <p>а) над лоном  б) в поясничной области  в) в пояснично-крестцовом отделе позвоночника  г) в промежности и крестце  д) в промежности</p>	г)	Урология
ПК-4	<p>СТРАНГУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, КРОМЕ</p> <p>а) инородных тел уретры  б) камня мочевого пузыря  в) камня мочеточника  г) острого простатита  д) аденомы предстательной железы</p>	в)	Урология
ПК-4	<p>ЗАДЕРЖКА МОЧЕИСПУСКАНИЯ - ЭТО</p> <p>а) отсутствие выделения мочи почками  б) невозможность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря  в) отсутствие мочи в мочевом пузыре при его катетеризации  г) отсутствие самостоятельного мочеиспускания в горизонтальном положении  д) парадоксальная ишурия</p>	б)	Урология
ПК-4	<p>НЕУДЕРЖАНИЕ МОЧИ - ЭТО</p> <p>а) произвольное выделение мочи без позыва  б) императивные позывы к мочеиспусканию  в) произвольное выделение мочи в результате императивного позыва  г) произвольное выделение мочи  д) произвольное выделение мочи в вертикальном положении</p>	в)	Урология
ПК-4	<p>ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЖКБ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) операция  б) литотрипсия  в) соблюдение диеты  г) прием препаратов, содержащих соли желчных кислот  д) прием желчегонных</p>	а)	Госпитальная хирургия
ПК-4	<p>ПЛАНОВАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПОКАЗАНА</p> <p>а) во всех случаях  б) при латентном течении ЖКБ  в) при наличии клинических проявлений  г) у больных старше 16 лет  д) у больных старше 25 лет</p>	а)	Госпитальная хирургия
ПК-4	<p>С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ БИЛИОДИГЕСТИВНЫМ АНАСТОМОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) холецистогастроанастомоз  б) холецистодуоденоанастомоз</p>	г)	Госпитальная хирургия

	<p>в) холедоходуоденоанастомоз  г) холедохоеюноанастомоз с выключенной петлёй по Ру  д) все неверно</p>		
ПК-4	<p>ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНОГО С ДЛИТЕЛЬНОЙ ЖЕЛТУХОЙ НА ПОЧВЕ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА И ЯВЛЕНИЯМИ ПЕЧЁНОЧНО-ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ПОСЛЕДНЮЮ ОЧЕРЕДЬ ВЫПОЛНИТЕ</p> <p>а) лапаротомию холедохолитотомию  б) эндоскопическую папиллсфинктеротомию с литоэкстракцией  в) чрезкожноечрезпеченочное дренирование гепатикохоледоха  г) плазмаферез  д) эндоскопическую папиллотомию и стентированиегепатикохоледоха</p>	а)	Госпитальная хирургия
ПК-4	<p>МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА НЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ</p> <p>а) раке головки поджелудочной железы  б) опухоли большого дуоденального соска  в) хроническом индуративном панкреатите  г) камне пузырного протока  д) камне общего желчного протока</p>	г)	Госпитальная хирургия
ПК-4	<p>ПЕРЕМЕЖАЮЩУЮ МЕХАНИЧЕСКУЮ ЖЕЛТУХУ МОЖНО ОБЪЯСНИТЬ</p> <p>а) вклиненным камнем терминального отдела холедоха  б) опухолью холедоха  в) камнем пузырного протока  г) вентильным камнем холедоха  д) множественными камнями желчного пузыря</p>	в)	Госпитальная хирургия
ПК-4	<p>НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫЙ МЕТОД АНЕСТЕЗИИ ПРИ ПОДНОГТЕВОМ ПАНАРИЦИИ</p> <p>а) проводниковая  б) костная  в) масочный наркоз  г) в/в наркоз  д) эндотрахеальный наркоз</p>	а)	Госпитальная хирургия
ПК-4	<p>В ПОЛИКЛИНИКЕ БУДЕТЕ ЛЕЧИТЬ МАСТИТ</p> <p>а) интрамаммарный  б) ретромаммарный  в) субореолярный  г) флегмонозный  д) гангренозный</p>	в)	Госпитальная хирургия
ПК-4	<p>НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫЙ МЕТОД АНЕСТЕЗИИ ПРИ ВСКРЫТИИ ФЛЕГМОНЫ КИСТИ</p> <p>а) проводниковая  б) костная  в) местная инфильтрационная</p>	г)	Госпитальная хирургия



	г) в/в наркоз д) эндотрахеальный наркоз		
ПК-4	ОСНОВНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ ПОРТОКАВАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА ЯВЛЯЕТСЯ: а) цирроз печени б) асцит в) кровотечение из вен пищевода г) портальная энцефалопатия д) рецидивирующая желтуха	в)	Госпитальная хирургия
ПК-4	НА ВТОРОЙ ДЕНЬ ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ У ПАЦИЕНТА ПОЯВИЛИСЬ БОЛИ В ЖИВОТЕ И БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ЕГО ПАЛЬПАЦИИ. ПРАВИЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В ЭТОЙ СИТУАЦИИ, ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО, ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ НАЗНАЧЕНИЕ: а) антибиотиков б) антацидных препаратов в) стероидов г) гипотензивных препаратов д) аспирин	г)	Госпитальная хирургия
ПК-4	У БОЛЬНОГО 26 ЛЕТ ДИАГНОСТИРОВАН ГАНГРЕНОЗНЫЙ АБСЦЕСС ЛЕГКОГО, ОСЛОЖНЕННЫЙ ПРОФУЗНЫМ ЛЕГОЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ У НЕГО ЯВЛЯЕТСЯ: а) гемостатическая терапия б) искусственный пневмоторакс в) пневмоперитонеум г) тампонада дренирующего бронха д) радикальное хирургическое лечение в виде резекции легкого	д)	Госпитальная хирургия
ПК-4	ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛОЖНЫХ АНЕВРИЗМ ДОЛЖНО ПРОИЗВОДИТЬСЯ С ЦЕЛЬЮ а) предотвратить дальнейшее расширение сосуда б) предотвратить двусторонний подострый эндокардит в) предотвратить сердечную недостаточность г) восстановить нормальное кровообращение прежде, чем произойдет разрыв сосуда д) обратить в норму симптом Тинеля	д)	Госпитальная хирургия
ПК-4	К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОЙ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ ОТНОСЯТ а) резекция лёгкого б) плеврэктомиа, декортикация лёгкого в) пункция полости абсцесса г) пульмонэктомия д) дренирование плевральной полости дренажем по	б)	Госпитальная хирургия

	Бюлау		
ПК-4	ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА ПРИ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЕ 12 П. КИШКИ С ЯВЛЕНИЯМИ ПЕРИТОНИТА ЯВЛЯЕТСЯ а) ушивание перфоративного отверстия б) резекция желудка в) иссечение язвы г) ушивание перфоративного отверстия и ваготомия д) гастрэктомия	а)	Факультетская хирургия
ПК-4	ПРИ ГАНГРЕНЕ, ПОРАЖАЮЩЕЙ ОДНУ ИЗ ДОЛЕЙ ЛЕГКОГО, РЕКОМЕНДУЕТСЯ а) ежедневная санация бронхиального дерева через бронхоскоп б) введение антибиотиков в легочную артерию в) лобэктомия г) интенсивная терапия с эндобронхиальным введением антибиотиков д) комплексная терапия, включающая все названные выше консервативные методы лечения	в)	Факультетская хирургия
ПК-4	К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОЙ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ ОТНОСЯТ а) резекция лёгкого б) плеврэктомия, декорткация лёгкого в) пункция полости абсцесса г) пульмонэктомия д) дренирование плевральной полости дренажем по Бюлау	б)	Факультетская хирургия
ПК-4	В СЛУЧАЕ ЖЕЛЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЭКСТРЕННАЯ ОПЕРАЦИЯ ПОКАЗАНА ПРИ а) окклюзии пузырного протока б)холецисто-панкреатите в)перфоративном холецистите г)механической желтухе д) печеночной колике	д)	Факультетская хирургия
ПК-4	НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ИМЕЕТ а) набухание шейных вен; б) боль в прекардиальной области; в) кровохарканье; г) цианоз кожных покровов; д) тахипноэ без ортопноэ.	д)	Госпитальная терапия
ПК-4	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЕ ПОРАЖЕНИЕ КОЖИ ПРИ СКВ а) Волчаночная «бабочка». б) Фотодерматит. в) Папулезно-сквамозные высыпания. г) Лихенификация. д) Дискоидные высыпания.	а)	Госпитальная терапия
ПК-4	ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ	б)	Госпитальная

	<p>ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ</p> <p>а) Преднизолон в высоких дозах  б) D-пеницилламин в средних и больших дозах  в) Цитостатики  г) НПВП  д) Антагонисты кальция</p>		терапия
ПК-4	<p>ПРИ СТЕНОКАРДИИ БОЛЬ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ</p> <p>а) в правом подреберье  б) в левой руке  в) в правой подмышечной области  г) в левой подвздошной области  д) в левом подреберье</p>	б)	Госпитальная терапия
ПК-4	<p>ДЛЯ МИОКАРДИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО</p> <p>а) боли в области сердца, сердцебиение, одышка  б) боли в области сердца, сердцебиение, обмороки  в) боли в области сердца, головокружение, одышка  г) боли в области сердца, сердцебиение, асцит  д) боли в области сердца, сердцебиение, сухой кашель</p>	а)	Госпитальная терапия
ПК-4	<p>ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО СОКА В СУТКИ У ЧЕЛОВЕКА ПРИ ОБЫЧНОМ ПИЩЕВОМ РЕЖИМЕ СОСТАВЛЯЕТ</p> <p>а) 0.5-1л  б) 1-1.5л  в) 1.5-2л  г) 2-2.5л  д) 3л</p>	б)	Госпитальная терапия
ПК-4	<p>ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ ЖЕЛТУХУ СЛЕДУЕТ КЛАССИФИЦИРОВАТЬ КАК</p> <p>а) надпеченочную  б) печеночную премикросомальную  в) печеночную микросомальную  г) печеночную постмикросомальную  д) подпеченочную</p>	г)	Госпитальная терапия
ПК-4	<p>ПРИ ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШЕЙ СТЕНОКАРДИИ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ПОКАЗАНА</p> <p>а) всем пациентам  б) пациентам пожилого возраста  в) пациентам молодого возраста  г) решается индивидуально  д) не показана</p>	а)	Поликлиническая терапия
ПК-4	<p>ВЫБОРА ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) амоксициллин внутрь  б) ампициллин внутрь  в) амоксициллин в/мышечно  г) ампициллин в/мышечно  д) линкомицин в/мышечно</p>	а)	Поликлиническая терапия
ПК-4	<p>ПРИ ЛИХОРАДКЕ СВЫШЕ ПЯТИ СУТОК У БОЛЬНОГО ОРЗ ПОКАЗАНА</p>	д)	Поликлиническая терапия

	<ul style="list-style-type: none"> <li>а) антибиотикотерапия эмпирическая</li> <li>б) иммуномодулирующая терапия</li> <li>в) витаминотерапия</li> <li>г) исследование воспалительных белков крови</li> <li>д) рентгенография органов грудной клетки для исключения пневмонии</li> </ul>		
ПК-4	<p>ГОРМОНАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В ЮВЕНИЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ ПРОВОДИТЬСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) эстрогенами</li> <li>б) аГТРГ</li> <li>в) андрогенами</li> <li>г) селективными блокаторами прогестероновых рецепторов</li> <li>д) прогестинами</li> </ul>	д)	Акушерство и гинекология
ПК-4	<p>ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ КИСТОМЫ ЯИЧНИКА</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) наблюдение в динамике</li> <li>б) гормональное лечение</li> <li>в) хирургическое лечение</li> <li>г) фитотерапия</li> <li>д) физиотерапевтическое лечение</li> </ul>	в)	Акушерство и гинекология
ПК-4	<p>ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ МИОМОЙ ТЕЛА МАТКИ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) отсутствие анемии</li> <li>б) субмукозная миома</li> <li>в) субсерозная миома</li> <li>г) межмышечная миома</li> <li>д) величина матки 8 недель беременности</li> </ul>	б)	Акушерство и гинекология
ПК-4	<p>ОБЪЕМ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ «0» СТАДИИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) ампутации шейки матки</li> <li>б) диатеромконизация шейки матки в пределах здоровой ткани</li> <li>в) лучевой терапии</li> <li>г) иссечения раковой язвы</li> <li>д) экстирпации матки</li> </ul>	б)	Акушерство и гинекология
ПК-4	<p>В КАКИХ СЛУЧАЯХ ВОЗМОЖНО РАЗГЛАШЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) работодателю во время проф.осмотра при приеме на работу</li> <li>б) при некоторых генетических дефектах у одного из супругов</li> <li>в) по просьбе близких родственников</li> <li>г) при опасности распространения некоторых инфекционных заболеваний</li> <li>д) по запросу отдела кадров</li> </ul>	г)	Дерматовенерология
ПК-4	<p>ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У ПАЦИЕНТА ПЕДИКУЛЕЗА НЕОБХОДИМО</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) обработать волосистую часть головы педикулоцидным средством</li> <li>б) госпитализировать в инфекционное отделение</li> <li>в) произвести стрижку волос головы без согласия</li> </ul>	а)	Дерматовенерология

	пациента г) произвести отметку в амбулаторной карте д) отказать в госпитализации		
ПК-4	ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ВИЧ У БОЛЬНОГО НЕОБХОДИМО а) сохранить врачебную тайну б) предупредить всех людей имеющих контакт с больным в) назначить принудительное лечение г) изолировать в отдельном боксе больницы д) сообщить в правоохранительные органы	а)	Дерматовенерология
ПК-4	ВРАЧ, ОКАЗЫВАЮЩИЙ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ И УЗНАВ, ЧТО ПАЦИЕНТ БОЛЕН ВИЧ, ДОЛЖЕН а) сообщить вышестоящим органам б) оказать необходимую медицинскую помощь в) передать дело в правоохранительные органы г) сообщить ближайшим родственникам д) сообщить на работу	б)	Дерматовенерология
ПК-4	ВМЕШАТЕЛЬСТВО В СФЕРУ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА МОЖЕТ ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ а) на основании требования родственников б) на основании извлечения финансовой выгоды в) на основании свободного, осознанного и информированного согласия больного г) на основании медицинских показаний д) на основании редкости картины заболевания и его познавательной ценности	в)	Дерматовенерология
ПК - 4	КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭТО а) паллиативная операция в сочетании с пред- либо послеоперационной лучевой терапией б) радикальная операция в сочетании с пред- либо послеоперационной лучевой терапией в) лучевая терапия, операция через 3 месяца по поводу продолженного роста опухоли г) операция, лучевая терапия через 8 месяцев по поводу рецидива.	б)	Онкология
ПК-4	ПРИ ЗАТЯНУВШЕМСЯ ЛОЖНОМ КРУПЕ ПРОВОДИТСЯ а) трахеостомия б) продленная назотрахеальная интубация в) интубация трахеи г) срочное хирургическое лечение д) искусственное дыхание	в)	ЛОР
ПК-4	РАК ГОРТАНИ В I СТАДИИ ИЗЛЕЧИВАЕТСЯ а) хирургическим путем б) лучевой терапией в) комбинированной терапией г) химиотерапией д) гормонотерапией	в)	ЛОР
ПК-4	ВОЗНИКНОВЕНИЮ ФУРУНКУЛА НОСА СПОСОБСТВУЕТ НАЛИЧИЕ	г)	ЛОР

	<ul style="list-style-type: none"> <li>а) сердечно-сосудистой патологии</li> <li>б) патологии почек</li> <li>в) врожденных аномалий носа</li> <li>г) сахарного диабета</li> <li>д) переохлаждение</li> </ul>		
ПК-4	<p>ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ ПРИ ДЕФОРМАЦИИ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) нарушение носового дыхания</li> <li>б) атрофический ринит</li> <li>в) острый ринит</li> <li>г) хронический тонзиллит</li> <li>д) хронический синусит</li> </ul>	а)	ЛОР
ПК-4	<p>ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РУБЦОВОМ СТЕНОЗЕ ГОРТАНИ II СТЕПЕНИ ТРАХЕОСТОМИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) привентивнойпалиативной операцией</li> <li>б) радикальной операцией</li> <li>в) необязательной операцией</li> <li>г) противопоказанной</li> <li>д) реконструктивной</li> </ul>	а)	ЛОР
ПК-4	<p>ПРИ НАРАСТАЮЩИХ СИМПТОМАХ УДУШЬЯ СЛЕДУЕТ ДЕЛАТЬ ТРАХЕОТОМИЮ ПРИ СТЕНОЗЕ ГОРТАНИ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) в стадию компенсации</li> <li>б) в стадию субкомпенсации</li> <li>в) асфиксии</li> <li>г) при отсутствии стеноза</li> <li>д) декомпенсации</li> </ul>	д)	ЛОР
ПК-4	<p>НЕОБХОДИМАЯ ЧАСТОТА КОМПРЕССИОННЫХ НАЖАТИЙ НА ГРУДНУЮ КЛЕТКУ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЛР У ВЗРОСЛЫХ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) 20-40 в минуту</li> <li>б) 60 в минуту</li> <li>в) 80-100 в минуту</li> <li>г) 100-120 в минуту</li> <li>д) 90 в минуту</li> </ul>	г)	Анестезиология и реаниматология
ПК-4	<p>ПРИ СУДОРОЖНОМ СИНДРОМЕ ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) бензодиазепин</li> <li>б) магния сульфат</li> <li>в) адреналин</li> <li>г) барбитураты</li> <li>д) хлорид калия</li> </ul>	а)	Анестезиология и реаниматология
ПК-4	<p>ПОКАЗАНИЕМ К ТРАНСФУЗИИ СЗП ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) гипопротеинемия и кахексия</li> <li>б) необходимость проведения полного парентерального питания</li> <li>в) предоперационная подготовка при обширных оперативных вмешательствах</li> </ul>	г)	Анестезиология и реаниматология

	г) дефицит плазменных факторов свертывания, гипокоагуляция д) гипербилирубинемия		
ПК-4	К КОЛЛОИДНЫМ РАСТВОРАМ ОТНОСИТСЯ а) 0,9% раствор натрия хлорида б) раствор желатина в) 8,4% раствор натрия гидрокарбоната г) раствор Рингера д) 10% раствор натрия хлорида	б)	Анестезиология и реаниматология
ПК-4	НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ ПРОФИЛАКТИКОЙ СТРЕСС-ПОРАЖЕНИЙ ЖКТ ЯВЛЯЕТСЯ а) голод в течение 3-х суток после оперативного лечения б) назначение ингибиторов протонной помпы в периоперационном периоде в) назначение Н1-блокаторов в периоперационном периоде г) установка назогастрального зонда с целью декомпрессии желудка д) физические нагрузки	б)	Анестезиология и реаниматология
ПК-4	ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ ПРИ СЕПТИЧЕСКОМ ШОКЕ ЯВЛЯЕТСЯ а) адреналин б) норадреналин в) добутамин г) фуросемид д) левосимендан	б)	Анестезиология и реаниматология
ПК-4	ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОГО РЯДА ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ЯВЛЯЕТСЯ а) адреналин б) допамин в) супрастин г) фуросемид д) преднизолон	а)	Анестезиология и реаниматология
ПК-4	НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ ЯВЛЯЕТСЯ а) внутривенная инфузия СЗП б) энтеральное введение куриного бульона в) внутривенная инфузия альбумина г) энтеральное введение сбалансированной многокомпонентной смеси д) внутривенная инфузия многокомпонентной смеси	г)	Анестезиология и реаниматология
ПК - 5	К ЛУЧЕВЫМ ПОВРЕЖДЕНИЯМ ОТНОСЯТСЯ а) эпителииты б) дерматиты в) телеангиоэктазии г) фиброзы подкожно-жировой клетчатки д) лучевые язвы.	д)	Онкология
ПК-5	ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ КОНКРЕМЕНТЫ ВОСНОВНОМ ОБРАЗУЮТСЯ	в)	Неотложные состояния в

	<p>а) во внутривенных желчных путях  б) в общем печеночном протоке  в) в желчном пузыре  г) в общем желчном протоке  д) в вирсунговом протоке</p>		хирургии
ПК-5	<p>В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ПРИ НАЧАВШЕМСЯ ЖЕЛУДОЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ МОЖЕТ ИМЕТЬ МЕСТО</p> <p>а) мелена  б) симптом мышечной защиты  в) рвота желудочным содержимым цвета "кофейной кишки" г) брадикардия  д) коллапс</p>	д)	Неотложные состояния в хирургии
ПК-5	<p>НАПРЯЖЕНИЕ МЫШЦ В ПРАВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ, НЕРЕДКО ВОЗНИКАЮЩЕЕ ПРИ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЕ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, МОЖНО ОБЪЯСНИТЬ</p> <p>а) затеканием содержимого по правому боковому каналу  б) рефлекторными связями через спинномозговые нервы  в) скоплением воздуха в брюшной полости, в частности в правой подвздошной области  г) развивающимся разлитым перитонитом  д) висцеро-висцеральным рефлексом с червеобразного отростка</p>	а)	Неотложные состояния в хирургии
ПК-5	<p>ПРИКРЫТОЙ ПЕРФОРАЦИИ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА ИЛИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ СПОСОБСТВУЮТ</p> <p>а) малый диаметр прободного отверстия  б) незначительное наполнение желудка  в) топографическая близость соседних органов  г) большой диаметр прободного отверстия  д) хорошо развитый большой сальник</p>	в)	Неотложные состояния в хирургии
ПК-5	<p>СИНДРОМ "ВЕРХНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ" ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРОЯВЛЕНИЕМ</p> <p>а) гистоплазмоза (склерозирования средостения)  б) внутригрудного зоба  г) аневризмы грудной аорты  г) сдавливающего перикардита  д) бронхогенной карциномы</p>	д)	Неотложные состояния в хирургии
ПК-5	<p>ТИПИЧНАЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА</p> <p>а) потливость  б) запоры  в) сонливость  г) острая задержка мочи  д) вялость</p>	б)	Геронтология и гериатрия в терапии
ПК-5	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА КРОВОХАРКАНИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И</p>	в)	Геронтология и гериатрия в



	<p>СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА</p> <p>а) ХОБЛ</p> <p>б) бронхоэктатическая болезнь</p> <p>в) рак легкого</p> <p>г) пневмония</p> <p>д) атрофический ларингит</p>		терапии
ПК-5	<p>ПРИЧИНОЙ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У ПОЖИЛЫХ ЛИЦ ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЕТ</p> <p>а) Фибрилляция предсердий</p> <p>б) А-в блокада</p> <p>в) Желудочковая экстрасистолия</p> <p>г) Предсердная экстрасистолия</p> <p>д) Фибрилляция желудочков</p>	д)	Геронтология и гериатрия в терапии
ПК-5	<p>ГЕТЕРОГЕННОСТЬ – ЭТО</p> <p>а) различная скорость развития возрастных изменений</p> <p>б) различная выраженность процесса старения органов и тканей, а также разных структур одного органа</p> <p>в) одновременное наступление старения всех органов и тканей</p> <p>г) различие во времени наступления старения различных органов и тканей</p> <p>д) равноценная выраженность процессов старения органов и тканей</p>	г)	Геронтология и гериатрия в терапии
ПК-5	<p>ПОКАЗАТЕЛЬ, ПРОГРЕССИВНО СНИЖАЮЩИЙСЯ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ</p> <p>а) уровень глюкозы в крови</p> <p>б) сократительная способность миокарда</p> <p>в) количество форменных элементов крови</p> <p>г) синтез гормонов гипофиза</p> <p>д) онкотическое давление</p>	б)	Геронтология и гериатрия в терапии
ПК-5	<p>ДЛЯ ГРИППА ХАРАКТЕРНО</p> <p>а) острейшее начало болезни, выраженный интоксикационный синдром, сухой кашель</p> <p>б) острое начало болезни, умеренно выраженный интоксикационный синдром, обильное отделяемое из носа, кашель с мокротой</p> <p>в) острое начало болезни, умеренно выраженный интоксикационный синдром, выраженный насморк</p> <p>г) постепенное начало болезни, осиплость голоса</p> <p>д) постепенное начало, кашель с мокротой, головная боль</p>	а)	Поликлиническая терапия
ПК-5	<p>В ПЕРИОД РАЗГАРА БРЮШНОГО ТИФА НАЗНАЧАЮТ</p> <p>а) строгий постельный режим</p> <p>б) палатный режим</p> <p>в) свободный режим</p> <p>г) домашний режим</p> <p>д) охранительный режим</p>	а)	Инфекционные болезни
ПК-5	<p>СИНДРОМ ФУНИКУЛЯРНОГО МИЕЛОЗА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ</p>	а)	Госпитальная терапия

	<ul style="list-style-type: none"> <li>а) В12-дефицитной анемии;</li> <li>б) фолиеводефицитной анемии;</li> <li>в) железодефицитной анемии;</li> <li>г) гемолитической анемии</li> <li>д) апластической анемии</li> </ul>		
ПК-5	<p>ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЮТСЯ СУСТАВЫ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) Позвоночника</li> <li>б) Коленные</li> <li>в) Проксимальные межфаланговые</li> <li>г) Крестцово-подвздошное сочленение</li> <li>д) Дистальные межфаланговые</li> </ul>	в)	Госпитальная терапия
ПК-5	<p>КАКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СООТВЕТСТВУЮТ КАРТИНЕ ИСТИННОГО ПОЛИМОРФИЗМА</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) бугорок, язва, корка, рубец</li> <li>б) пятно, папула, везикула</li> <li>в) узел, язва, рубец</li> <li>г) пузырек, эрозия, корка</li> <li>д) узел, эрозия, рубец</li> </ul>	б)	Дерматовенерология
ПК-5	<p>ПРОСТОЙ КОНТАКТНЫЙ ДЕРМАТИТ НЕ ВЫЗЫВАЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ РАЗДРАЖИТЕЛЯМИ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) тесной обувью</li> <li>б) высокой температурой</li> <li>в) тетрациклиновой мазью</li> <li>г) концентрированной кислотой</li> <li>д) низкими температурами</li> </ul>	в)	Дерматовенерология
ПК-5	<p>НАЗОВИТЕ ХАРАКТЕРНУЮ ЛОКАЛИЗАЦИЮ СЕБОРЕЙНОЙ ЭКЗЕМЫ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) волосистая часть головы, конечности, кожа носа</li> <li>б) складки кожи, лицо, слизистая оболочка рта</li> <li>в) спина, лицо, ладони и подошвы</li> <li>г) конечности, область пупка, волосистая часть головы</li> <li>д) лицо, волосистая часть головы, грудь, спина</li> </ul>	д)	Дерматовенерология
ПК-5	<p>ПАТОГМОНИЧНЫМИ ВЫСЫПАНИЯМИ ДЛЯ ЭКЗЕМЫ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) корки, чешуйки</li> <li>б) эритема, пустулы</li> <li>в) микровезикулы, микроэрозии</li> <li>г) язвы, эрозии</li> <li>д) папулы, везикулы</li> </ul>	в)	Дерматовенерология
ПК-5	<p>КАКИЕ РУБЦЫ ОСТАЮТСЯ ПОСЛЕ ЗАЖИВЛЕНИЯ ГУММ ПРИ ТРЕТИЧНОМ СИФИЛИСЕ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) звездчатые</li> <li>б) мозаичные</li> <li>в) плоские</li> <li>г) втянутые</li> <li>д) келоидные</li> </ul>	а)	Дерматовенерология
ПК-5	ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФУРУНКУЛОВ	а)	Дерматовенерология

	<p>ПРИМЕНЯЮТСЯ</p> <p>а) антибиотики широкого спектра</p> <p>б) чистый ихтиол</p> <p>в) водные процедуры</p> <p>г) вскрытие в стадии инфильтрации</p> <p>д) спиртовые компрессы</p>		огиа
ПК-5	<p>В ЛЕЧЕНИИ ПЕДИКУЛЕЗА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ</p> <p>а) А-пар</p> <p>б) кортикостероидные кремы</p> <p>в) пасты</p> <p>г) низорал шампунь</p> <p>д) взбалтываемая взвесь</p>	а)	Дерматовенерология
ПК-5	<p>КАКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОВОДИТСЯ ПОЛОВЫМ ПАРТНЕРАМ БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ, У КОТОРЫХ НЕТ ПРИЗНАКОВ ЗАБОЛЕВАНИЯ</p> <p>а) профилактическое лечение</p> <p>б) неспецифическое лечение</p> <p>в) превентивное лечение</p> <p>г) пробное лечение</p> <p>д) симптоматическое лечение</p>	в)	Дерматовенерология
ПК-5	<p>УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ ТАКТИКУ ЛЕЧЕНИЯ ТОРПИДНЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ, ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ГОНОРЕЙНОЙ ИНФЕКЦИИ</p> <p>а) иммунотерапевтические, антигистаминные препараты</p> <p>б) антибактериальные препараты, местное лечение</p> <p>в) иммунотерапевтические препараты, местное лечение</p> <p>г) иммунотерапевтические, антибактериальные, антигистаминные препараты, местное лечение</p> <p>д) местное лечение</p>	Б	Дерматовенерология
ПК-5	<p>БОЛЬНОМУ ФУРУНКУЛЕЗОМ ПОКАЗАНО В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НАЗНАЧИТЬ</p> <p>а) УВЧ</p> <p>б) рентгенография легких</p> <p>в) исследование крови на сахар</p> <p>г) антигистаминные внутрь</p> <p>д) аутогемотерапия</p>	В	Дерматовенерология
ПК-5	<p>ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ПАЦИЕНТУ ДИАГНОЗА ФУРУНКУЛА НОСОГУБНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА ПОКАЗАНО</p> <p>а) хирургическое вскрытие элемента в условиях поликлиники</p> <p>б) направление больного в стационар хирургического профиля</p> <p>в) назначение витаминотерапии</p> <p>г) назначение неспецифической иммунотерапии</p> <p>д) местное применение анилиновых красок</p>	Б	Дерматовенерология
ПК-5	<p>ОТБОРОЧНЫМ СЕРОЛОГИЧЕСКИМ ТЕСТОМ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА СИФИЛИС ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) реакция иммунофлюоресценции (РИФ)</p>	Г	Дерматовенерология

	б) реакция иммобилизации трепонем (РИБТ) в) реакция Вассермана (RW) г) иммуноферментный анализ (ИФА) д) реакция Яриша-Лукашевича-Герксгеймера		
ПК-5	КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧАТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ У БОЛЬНОГО АНЕВРИЗМЫ ВОСХОДЯЩЕЙ ЧАСТИ АОРТЫ а) заболевания крови б) туберкулез в) ревматизм г) сифилис д) красную волчанку	Г	Дерматовенерология
ПК-5	ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ГОНОРЕИ У МУЖЧИН НЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ ПРОВОКАЦИИ а) химическая б) механическая в) биологическая г) физиологическая д) алиментарная	Г	Дерматовенерология
ПК-5	ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ БЕТА-БЛОКАТОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ а) синусовая тахикардия б) желудочковая тахикардия в) бронхиальная астма г) артериальная гипертония д) почечная недостаточность	в)	Клиническая фармакология
ПК-5	ПРЕПАРАТОМ С ИЗБИРАТЕЛЬНОЙ БЛОКАДОЙ ЦОГ-2 ЯВЛЯЕТСЯ а) ибупрофен б) нимесулид в) индометацин г) диклофенак д) целикоксиб	б)	Клиническая фармакология
ПК-5	ЭКСЕНАТИД ПОКАЗАН ПРИ а) сахарном диабете 1 типа б) сахарном диабете 2 типа в) лечении диабетической ретинопатии г) лечении диабетической нефропатии д) лечении диабетической нейропатии	б)	Клиническая фармакология
ПК-5	ПРИ ХПН СЛЕДУЕТ СТРОГО КОРРЕКТИРОВАТЬ ДОЗУ а) эритромицина б) ристомиицина в) рифампицина г) доксициклина д) левомицетина	б)	Клиническая фармакология
ПК-5	ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПРИСТУПОВ БА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ а) беротек б) вентолин в) эфедрин	г)	Клиническая фармакология

	г) бекотид д) сальбутамол		
ПК-5	АНТАЦИДОМ, НЕ НАРУШАЮЩИМ ВСАСЫВАНИЕ ФОСФОРА В КИШЕЧНИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ а) маалокс б) альмагель в) тальцид г) фосфалюгель д) гевискон	г)	Клиническая фармакология
ПК-5	ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЭТИОТРОПНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРИППА ЯВЛЯЕТСЯ а) ацикловир б) осельтамивир в) терафлю г) амоксициллин д) интерферон $\alpha$ -2b	б)	Инфекционные болезни
ПК-5	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ИСПОЛЬЗУЮТ а) амоксициллин б) сорбенты в) ципрофлоксацин г) инфузионную терапию глюкозо-солевыми растворами д) нестероидные противовоспалительные препараты	б)	Инфекционные болезни
ПК-5	БОЛЬНОМУ С ДИАГНОЗОМ: БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ. ДН II. ХЛС, КОМПЕНСИРОВАННОЕ, ПОКАЗАНО САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ а) на приморском климатическом курорте б) на равнинном климатическом курорте в) на горном климатическом курорте г) в местном климатическом санатории д) санаторно-курортное лечение противопоказано	г)	Поликлиническа я терапия
ПК-5	ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ВЯЗКОСТИ МОКРОТЫ И УСИЛЕНИЯ ЕЕ ВЫДЕЛЕНИЯ ПОКАЗАНЫ ПИТЬЕВЫЕ МИНЕРАЛЬНЫЕ ВОДЫ С НАЛИЧИЕМ ИОНОВ а) хлора б) кальция в) магния г) брома д) гидрокарбоната	д)	Поликлиническа я терапия
ПК-5	ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ а) недостаточность кровообращения IIБ стадии б) диабет в) гастрит вне обострения	а)	Кардиология и ССХ

	г) единичные экстрасистолы д) АВ блокада I степени		
ПК-5	ВОЗМОЖНОЙ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ ПРИ СУЖЕНИИ ТОЛЬКО ПРОСВЕТА КРУПНОЙ ВЕТВИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ЯВЛЯЕТСЯ а) Дилатационная кардиомиопатия, хронический миокардит. б) Гипертрофическая кардиомиопатия; в) Стеноз устья аорты; г) Проплапс митрального клапана; д) Атеросклеротическое сужение огибающей коронарной артерии на 70%.	д)	Кардиология и ССХ
ПК-5	СТЕНОКАРДИЯ НАПРЯЖЕНИЯ I ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ КЛАСС (КАНАДСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ): а) Приступы возникают рано утром при вставании; б) Приступ возникает при очень быстрой ходьбе, беге; в) Приступ возникает при ускоренной ходьбе, подъеме по лестнице после еды, в холодную погоду или эмоциональном стрессе; г) Нагрузка на велоэргометре 80 w вызывает стенокардию; д) Приступ возникает при ходьбе на расстояние 100 - 200 м или подъеме по лестнице в обычном темпе.	б)	Кардиология и ССХ
ПК-5	ПРИ СЛУЧАЙНОМ ВЫЯВЛЕНИИ ПОВЫШЕНИЯ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА У ЗДОРОВОГО МУЖЧИНЫ 20 ЛЕТ СЛЕДУЕТ: а) Оценить липидограмму и разработать индивидуальный план профилактики б) Обследовать кровных родственников в) Действий не требуется, так как пациент молодого возраста г) Показана коронарография	а)	Кардиология и ССХ
ПК-5	К ОСНОВНЫМ ГРУППАМ СОВРЕМЕННЫХ ЛИПИДСНИЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ: а) Стаинов б) Адренергических препаратов в) Фибратов г) Эзетемиба д) Ингибиторов PCSK9	б)	Кардиология и ССХ
ПК-5	К ПРЕПАРАТУ, ПРЕДУПРЕЖДАЮЩЕМУ ВНЕЗАПНУЮ СМЕРТЬ ОТНОСИТСЯ: а) Ацетилсалициловая кислота б) Нитроглицерин в) Никотиновая кислота г) Аторвастатин д) Омакор	г)	Кардиология и ССХ
ПК-5	ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ПОВТОРНЫХ СОБЫТИЙ ЭФФЕКТИВЕН: а) Дигоксин	в)	Кардиология и ССХ

	б) Нифедипин в) Аторвастатин г) Панангин д) Бисопролол		
ПК-5	ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НЕ ОТНОСИТСЯ К ИНГИБИТОРАМ ГМГ-КОА-РЕДУКТАЗЫ? а) Кордарон б) Аторвастатин в) Розувастатин г) Симвастатин д) Питавастатин	а)	Кардиология и ССХ
ПК-5	ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ а) недостаточность кровообращения IIБ стадии б) диабет в) гастрит вне обострения г) единичные экстрасистолы д) АВ блокада I степени	а)	Кардиология и ССХ
ПК-5	САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НА КЛИМАТИЧЕСКИХ КУРОРТАХ ПРОТИВОПОКАЗАНО БОЛЬНЫМ С ДИАГНОЗОМ а) гипертоническая болезнь II стадии, кризовое течение б) инсулинпотребный сахарный диабет в) ПИКС г) гипертоническая болезнь II стадии, безкризовое течение д) АВ блокада I степени	а)	Кардиология и ССХ
ПК-5	САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ III СТАДИИ, ХСН IА (ФК 2) ПОКАЗАНО а) в местных кардиологических санаториях вне курортов б) на бальнеологических курортах в) на климатических курортах г) на курортах с особыми лечебными факторами д) при указанном состоянии санаторное лечение противопоказано	а)	Кардиология и ССХ
ПК-5	БОЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ III ФК а) может лечиться в местных кардиологических санаториях б) не может лечиться, санаторно-курортное лечение не показано в) может лечиться на бальнеологических курортах г) может лечиться на климатических курортах д) может лечиться на курортах высокогорий	а)	Кардиология и ССХ
ПК-5	ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АГ СОСТОИТ В: а) Максимальном снижении риска развития ССО и смерти от них.	а)	Кардиология и ССХ

	<p>б) Достижении хорошего самочувствия</p> <p>в) Достижении значения цифр АД менее 140/90 мм ртст</p> <p>г) улучшении показателей среднесуточного АД на 25% от исходных значений</p> <p>д) профилактике госпитализаций в стационар</p>		
ПК-5	<p>ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ДОЛГОСРОЧНЫХ ЦЕЛЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГБ ТРЕБУЕТСЯ:</p> <p>а) снижение АД до целевого уровня, коррекция всех модифицируемых ФР, замедление темпа прогрессирования и/или уменьшение ПОМ, а также лечение ассоциированных и сопутствующих заболеваний</p> <p>б) назначение комбинированных гипотензивных средств</p> <p>в) плановые госпитализации больного не реже 2 раз в год.</p> <p>г) прием антиоксидантов и цитопротекторов</p> <p>д) регулярное санаторное лечение</p>	а)	Кардиология и ССХ
ПК-5	<p>АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИЕМУ ТИАЗИДНЫХ ДИУРЕТИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а) хронический пиелонефрит вне обострения</p> <p>б) мочекаменная болезнь</p> <p>в) подагра</p> <p>г) острый цистит</p> <p>д) диабет</p>	в)	Кардиология и ССХ
ПК-5	<p>БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ СЛЕДУЕТ СОЧЕТАТЬ СО ВСЕМ КРОМЕ:</p> <p>а) иАПФ</p> <p>б) недигидропиридиновым АК</p> <p>в) амлодипина</p> <p>г) аспирина</p> <p>д) предуктала</p>	б)	Кардиология и ССХ
ПК-5	<p>ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) амоксициллин внутрь</p> <p>б) ампициллин внутрь</p> <p>в) амоксициллин в/мышечно</p> <p>г) ампициллин в/мышечно</p> <p>д) линкомицин в/мышечно</p>	а)	ЭВН
ПК-5	<p>СНИЖАЮТ ОБЩУЮ СМЕРТНОСТЬ И ЧАСТОТУ ПОВТОРНОГО ИМ НА 1-ОМ ГОДУ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА</p> <p>а) антиагреганты</p> <p>б) статины</p> <p>в) бета-адреноблокаторы</p> <p>г) нитраты</p> <p>д) ингибиторы АПФ</p>	в)	ЭВН
ПК-5	<p>ПРИ ЖДА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ПРЕПАРАТЫ ЖЕЛЕЗА НАЗНАЧАЮТСЯ В ТЕЧЕНИЕ</p>	б)	ЭВН



	<ul style="list-style-type: none"> <li>а) 1-2 недель</li> <li>б) 2-3 месяцев</li> <li>в) 5-6 месяцев</li> <li>г) 1-2 лет</li> <li>д) пожизненно</li> </ul>		
ПК-6	<p>ОСНОВНОЙ ФАКТОР В ДЕЙСТВИИ ПИТЬЕВЫХ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД НА ОРГАНИЗМ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) термический</li> <li>б) химический</li> <li>в) механический</li> <li>г) физический</li> <li>д) физико-химический</li> </ul>	б)	Медицинская реабилитация
ПК-6	<p>МИНЕРАЛЬНЫЕ ВОДЫ НА БАЛЬНЕОЛОГИЧЕСКИХ КУОРТОХ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) исключительно для внутреннего применения;</li> <li>б) только для наружного применения;</li> <li>в) для внутреннего и наружного применения.</li> <li>г) для орошений</li> <li>д) для ванн</li> </ul>	в)	Медицинская реабилитация
ПК-6	<p>ОТБОР БОЛЬНЫХ, НУЖДАЮЩИХСЯ В САНАТОРНО-КУОРТОМ ЛЕЧЕНИИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) специальными санаторно-отборочными комиссиями в административных учреждениях здравоохранения</li> <li>б) в медицинской организации по месту жительства больного лечащим врачом и заведующим отделением</li> <li>в) санаторно-отборочными комиссиями при медицинских организациях по месту жительства больного</li> <li>г) департаментом здравоохранения</li> <li>д) мультидисциплинарной бригадой</li> </ul>	б)	Медицинская реабилитация
ПК-6	<p>ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ – ЭТО</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) комплекс медицинских мероприятий, используемых для предупреждения заболеваний</li> <li>б) комплекс медицинских мероприятий, используемых в процессе лечения заболеваний в подострый период</li> <li>в) комплекс медицинских мероприятий, используемых для предупреждения заболеваний</li> <li>г) комплекс мероприятий, используемых для лечения заболеваний</li> <li>д) превентивная физиотерапия</li> </ul>	а)	Медицинская реабилитация
ПК-6	<p>К НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫМ ОТНОСЯТСЯ МЕТОДЫ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) радиопротекторные</li> <li>б) вегетокорректирующие</li> <li>в) повышающие толерантность к физическим нагрузкам (актопротекторные)</li> <li>г) психорелаксирующие</li> <li>д) бальнеологические</li> </ul>	в)	Медицинская реабилитация

ПК-6	<p>ПРОГРАММА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ЗАВИСИТ</p> <p>а) от возраста больного  б) от массы тела  в) от выраженности коронарной недостаточности, проявляющейся частотой приступов стенокардии  г) от выраженности коронарной недостаточности, обширности и глубины инфаркта  д) от мотивации пациента</p>	г)	Медицинская реабилитация
ПК-6	<p>ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА – ЭТО</p> <p>а) комплекс мероприятий медицинского характера  б) программа профессиональной и трудовой реабилитации в) законодательная (юридическая) база, гарантирующая социальные права и льготы инвалидам  г) комплекс реабилитационных мер медицинского, социального и профессионального характера  д) сочетание лечебной физкультуры, физиотерапии и психотерапии</p>	г)	Медицинская реабилитация
ПК-6	<p>ВЕДУЩИМ МЕТОДОМ КОРРЕКЦИИ ГИПОКСЕМИИ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ В ХОДЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) оксигенотерапия  б) гелиотерапия  в) талассотерапия  г) спелеотерапия  д) пелоидотерапия</p>	а)	Медицинская реабилитация
ПК-6	<p>ПРАВИЛЬНАЯ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПРИЕМОВ ЛЕЧЕНИЯ МАНУАЛЬНОГО ТЕРАПЕВТА – ЭТО</p> <p>а) манипуляция, мобилизация  б) постиммобилизационная релаксация, мобилизация, манипуляция  в) манипуляция  г) массажные приемы, мобилизация, манипуляция, миофасциальный релиз  д) мобилизация и массаж</p>	г)	Медицинская реабилитация
ПК-6	<p>МЕТОД ТЕРМОТЕРАПИИ, ПРИМЕНЯЕМЫЙ В ЦЕЛЯХ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В ПЕРВЫЕ СУТКИ ПОСЛЕ ОСТРОЙ ТРАВМЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ</p> <p>а) криотерапия  б) озокеритотерапия  в) парафинотерапия  г) пелоидотерапия  д) псаммотерапия</p>	а)	Медицинская реабилитация
ПК-6	<p>ОТНОСИТЕЛЬНЫЙ СЕРДЕЧНЫЙ РИСК ПО ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ШКАЛЕ SCORE ОЦЕНИВАЕТСЯ У ЛИЦ _____ ЛЕТ</p> <p>а) 18-39  б) 21-40  в) 40-64  г) 41-75</p>	а)	Поликлиническая терапия

	д) 18-64		
ПК-7	СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ВКЛЮЧАЕТ а) помощь в подготовке к новой профессии б) помощь в трудоустройстве в) механотерапию г) социально-правовую помощь в связи с заболеваемостью или инвалидностью д) бытовую реадaptацию	д)	Геронтология и гериатрия в терапии
ПК-7	К МЕТОДАМ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ПАТОЛОГИЕЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ОТНОСЯТСЯ а) восстановительная терапия, психотерапия, протезирование и ортезирование б) восстановительная терапия, реконструктивная хирургия, протезирование и ортезирование в) психотерапия, реконструктивная хирургия, протезирование и ортезирование г) восстановительная терапия, психотерапия, трудотерапия д) восстановительная терапия, протезирование и ортезирование, трудотерапия	б)	Геронтология и гериатрия в терапии
ПК-7	ВРАЧ СТАЦИОНАРА ПРИ ВЫПИСКЕ БОЛЬНОГО МОЖЕТ ПРОДЛИТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА а) 1 день б) 3 дня в) 10 дней г) 15 дней д) продление листка нетрудоспособности свыше дней пребывания в стационаре не проводится	в)	Поликлиническая терапия
ПК-7	ОЦЕНИТЕ ТРУДОСПОСОБНОСТЬ Пациента с выраженным нарушением функции сердечно-сосудистой системы а) имеет признаки инвалидности III группы б) имеет признаки инвалидности II группы в) имеет признаки инвалидности I группы г) нуждается в трудоустройстве через ВК д) трудоспособен	б)	Поликлиническая терапия
ПК-7	ПРИ НАЛИЧИИ ДН I В МЕЖПРИСТУПНЫЙ ПЕРИОД БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРОТИВОПОКАЗАН ТРУД а) с высоким психоэмоциональным напряжением б) с умеренным психоэмоциональным напряжением в) тяжелый и средней степени тяжести физический г) тяжелый физический д) любой физический	г)	Поликлиническая терапия
ПК-7	ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ ТРУДОСПОСОБНОСТИ БОЛЬНОГО ВО ВРЕМЯ ЛЕЧЕНИЯ В СТАЦИОНАРЕ, ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЗАКРЫВАЮТ	б)	ЭВН

	<p>а) днем обращения больного к врачу в поликлинику</p> <p>б) днем выписки из стационара</p> <p>в) через 3 дня после выписки из стационара</p> <p>г) через 10 дней после выписки из стационара</p> <p>д) вопрос решается индивидуально</p>		
ПК-7	<p><b>ВРАЧ СТАЦИОНАРА ПРИ ВЫПИСКЕ БОЛЬНОГО МОЖЕТ ПРОДЛИТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА</b></p> <p>а) 1 день</p> <p>б) 3 дня</p> <p>в) 10 дней</p> <p>г) 15 дней</p> <p>д) продление листка нетрудоспособности свыше дней пребывания в стационаре не проводится</p>	в)	ЭВН
ПК-7	<p><b>ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА ПОДРОСТКОМ СТАРШЕ 15 ЛЕТ И ВЗРОСЛЫМ МОЖЕТ БЫТЬ ПРОДЛЕН ВК ДО ___ ДНЕЙ</b></p> <p>а) 3</p> <p>б) 5</p> <p>в) 7</p> <p>г) 10</p> <p>д) 15</p>	в)	ЭВН
ПК-7	<p><b>В СЛУЧАЕ УТРАТЫ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ДУБЛИКАТ</b></p> <p>а) выдается лечащим врачом с восстановлением всех записей в листке нетрудоспособности</p> <p>г) выдается лечащим врачом с указанием одной строкой всех дней ВН</p> <p>в) выдается ВК с восстановлением всех записей в листке нетрудоспособности</p> <p>г) выдается ВК с указанием одной строкой всех дней ВН</p> <p>д) не выдается</p>	г)	ЭВН
ПК-7	<p><b>ЛИЦАМ, ПРОХОДЯЩИМ ПО РЕШЕНИЮ СУДА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКУЮ ЭКСПЕРТИЗУ И ПРИЗНАННЫМ НЕТРУДОСПОСОБНЫМИ, ВЫДАЕТСЯ</b></p> <p>а) листок нетрудоспособности со дня направления на экспертизу</p> <p>б) листок нетрудоспособности со дня установления ВН</p> <p>в) листок нетрудоспособности со дня окончания экспертизы</p> <p>г) справка неустановленной формы со дня установления ВН</p> <p>д) документы о ВН не выдаются.</p>	б)	ЭВН
ПК-7	<p><b>ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НЕ ВЫДАЕТСЯ ПО УХОДУ</b></p> <p>а) за хроническими больными в период ремиссии;</p> <p>б) в период очередного отпуска</p>	д)	ЭВН

	<p>в) в период отпуска без содержания</p> <p>г) в период частично оплачиваемого отпуска по уходу за ребенком</p> <p>д) во всех перечисленных случаях</p>		
ПК-7	<p>ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НЕ ВЫДАЕТСЯ</p> <p>а) лицам, самостоятельно обращающимся за консультацией</p> <p>б) проходящим обследование по направлению следственных органов, прокуратуры или суда</p> <p>в) проходящим обследование и лечение по направлению военкомата</p> <p>г) проходящим периодический медицинский осмотр</p> <p>д) во всех перечисленных случаях</p>	д)	ЭВН
ПК-7	<p>ПАЦИЕНТ НАПРАВЛЯЕТСЯ ДЛЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРИ ОЧЕВИДНОМ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ И ТРУДОВОМ ПРОГНОЗЕ</p> <p>а) вне зависимости от сроков временной нетрудоспособности, но не позднее 10 месяцев от даты ее начала</p> <p>б) вне зависимости от сроков временной нетрудоспособности, но не позднее 12 месяцев от даты ее начала</p> <p>в) превышении рекомендуемых сроков нетрудоспособности по данному заболеванию</p> <p>г) не позднее 6 месяцев с даты начала временной нетрудоспособности</p> <p>д) вне зависимости от сроков временной нетрудоспособности, но не позднее 4 месяцев от даты ее начала</p>	д)	ЭВН
ПК-8	<p>ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ДАКРИОЦИСТИТА В СТАДИИ ИНФИЛЬТРАЦИИ ПРИМЕНЯЮТ</p> <p>а) противовирусную терапию</p> <p>б) антибактериальную терапию</p> <p>в) вскрытие слезного мешка</p> <p>г) массаж слезного мешка</p> <p>д) дакриоцисториностомию</p>	б)	Офтальмология
ПК-8	<p>МАКСИМАЛЬНЫМ МИДРИАТИЧЕСКИМ ЭФФЕКТОМ ПРИ ИНСТИЛЛЯЦИИ В ГЛАЗ ОБЛАДАЕТ</p> <p>а) Sol. Atropinisulfatis 1%</p> <p>б) Sol. Scopolaminihydrobromidi 0,25%</p> <p>в) Sol. Homatropinihydrobromidi 1%</p> <p>г) Sol. Mesatoni 1%</p> <p>д) Sol. Adrenalinhydrochloridi 0,1%</p>	а)	Офтальмология
ПК-8	<p>ПРИ ОСТРОМ ИРИДОЦИКЛИТЕ ОБЪЕМ ПОМОЩИ ВРАЧА – НЕ ОФТАЛЬМОЛОГА БУДЕТ ЗАКЛЮЧАТЬСЯ В</p> <p>а) закапывании атропина</p> <p>б) введении антибиотиков внутримышечно</p> <p>в) частом закапывании антибиотиков</p>	а)	Офтальмология

	г) закапывании антибиотиков, кортикостероидов и атропина д) назначении антигистаминных средств		
ПК-8	ПРИ РАНЕНИИ КОНЬЮНКТИВЫ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА ВРАЧУ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ СЛЕДУЕТ а) наложить швы на рану конъюнктивы более 5 мм б) произвести ревизию склеры в зоне ранения конъюнктивы в) сделать инъекцию антибиотика под конъюнктиву г) закапать дезинфицирующие средства, наложить повязку, направить пациента в глазной травмпункт д) отправить домой	г)	Офтальмология
ПК-8	ИНДИКАТОР ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ а) охват граждан профилактическим медицинским осмотром и диспансеризацией б) количество лиц с впервые выявленной патологией в) количество лиц с патологией, выявленной на ранней стадии г) количество лиц с впервые выявленной онкопатологией д) доля лиц, взятых на диспансерный учет после проведения профилактического осмотра и диспансеризации	а)	Поликлиническая терапия
ПК-8	СРОК КАРАНТИННО-ИЗОЛЯЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ОЧАГЕ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ а) 3 дня б) 7 дней в) 10 дней г) 14 дней д) 21 день	б)	Эпидемиология
ПК-8	ИММУНОПРОФИЛАКТИКА ЖИВОЙ КОРЕВОЙ ВАКЦИНОЙ КОНТАКТНЫМ В ОЧАГЕ КОРИ а) проводится в течение 12 часов с момента выявления больного б) проводится в течение 72 часов с момента выявления больного в) проводится в течение максимального инкубационного периода г) проводится в течение 24 часов с момента выявления больного д) проводится в течение 6 часов с момента выявления больного	б)	Эпидемиология
ПК-8	БОЛЬНОЙ КРАСНУХОЙ ДЛЯ ОКРУЖАЮЩИХ ЗАРАЗЕН а) до 5-7 дня после появления сыпи б) до 5-7 дня после исчезновения сыпи в) весь период высыпаний г) на протяжении всей болезни д) до начала клинических проявлений	а)	Эпидемиология
ПК-8	СРОК НАБЛЮДЕНИЯ ЗА КОНТАКТНЫМИ ВО	д)	Эпидемиология

	<p>ВНУТРИБОЛЬНИЧНОМ ОЧАГЕ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ СОСТАВЛЯЕТ (ДЕНЬ)</p> <p>а) 21 б) 35 в) 7 г) 17 д) 10</p>		
ПК-8	<p>ИСТОЧНИК ВОЗБУДИТЕЛЯ ИНФЕКЦИИ</p> <p>а) любой объект, на котором обнаружен возбудитель б) живой зараженный организм человека или животного в) любая среда, в которой возбудитель сохраняется длительный срок г) переносчики, в которых возбудитель сохраняется и размножается д) зараженные объекты окружающей среды</p>	б)	Эпидемиология
ПК-8	<p>ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ БОРРЕЛИОЗА ПОСЛЕ ПРИСАСЫВАНИЯ КЛЕЩА ИСПОЛЬЗУЮТ</p> <p>а) вакцину б) иммуноглобулин в) антибиотики г) индукторы интерферона д) бактериофаг</p>	в)	Эпидемиология
ПК-8	<p>СЛЕДУЕТ ВЫЯСНИТЬ ВОЗМОЖНОСТЬ КОНТАКТА С ЖИВОТНЫМИ ПРИ СБОРЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА У БОЛЬНОГО</p> <p>а) аскаридозом б) чесоткой в) малярией г) паратифом А д) лептоспирозом</p>	д)	Эпидемиология
ПК-8	<p>ВЫБОР ОБЪЕКТОВ ПРОВЕДЕНИЯ ДЕЗИНФЕКЦИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ</p> <p>а) спецификой механизма передачи возбудителя инфекции б) вирулентностью возбудителя инфекции в) устойчивостью возбудителя инфекции во внешней среде г) эпидемиологической значимостью инфекционной болезни д) контагиозностью возбудителя инфекции</p>	а)	Эпидемиология
ПК-8	<p>ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ ДЕЗИНФЕКЦИЯ В ОЧАГАХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРОВОДИТСЯ ПОСЛЕ</p> <p>а) этиологической расшифровки заболевания б) завершения эпидемиологического обследования очага в) постановки заключительного диагноза</p>	г)	Эпидемиология

	г) удаления источника возбудителя инфекции из эпидемического очага д) иммунизации контактных		
ПК-8	В ПЕРИОД ЭПИДЕМИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ ИНФОРМАЦИЯ О ВЫЯВЛЕННЫХ СЛУЧАЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГРИППОМ И ОРВИ ПЕРЕДАЕТСЯ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ, В ОРГАНЫ, УПОЛНОМОЧЕННЫЕ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР а) каждые 12 часов б) в ежедневном режиме в) в еженедельном режиме г) раз в месяц д) раз в квартал	б)	Эпидемиология
ПК-8	В ЦЕЛЯХ ЭКСТРЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ В ОЧАГЕ ДИФТЕРИИ КОНТАКТНЫМ ЛИЦАМ ПРИ СОДЕРЖАНИИ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ДИФТЕРИЙНОГО АНТИТОКСИНА В ТИТРЕ 1:10, СТОЛБНЯЧНОГО – 1:160 НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ а) АДС-М – анатоксин б) АД-М – анатоксин в) АКДС-вакцину г) бактериофаг д) противодифтерийную сыворотку	б)	Эпидемиология
ПК-8	ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ГРУППОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ПРОВОДЯТСЯ КАРАНТИННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ С МОМЕНТА ИЗОЛЯЦИИ ПОСЛЕДНЕГО БОЛЬНОГО В ТЕЧЕНИЕ (ДЕНЬ) а) 7 б) 3 в) 5 г) 10 д) 14	а)	Эпидемиология
ПК-8	ПОСЛЕ ИЗОЛЯЦИИ БОЛЬНОГО САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА КОНТАКТНЫМИ ПРОВОДЯТ В ТЕЧЕНИЕ (ДНИ) а) 21 б) 15 в) 10 г) 7 д) 35	г)	Эпидемиология
ПК-8	ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ БОЛЬНОГО ЛЕГОЧНОЙ ФОРМОЙ ЧУМЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПРОТИВОЧУМНЫЙ КОСТЮМ а) I типа б) II типа	а)	Эпидемиология



	<p>в) III типа  г) IV типа  д) V типа</p>		
ПК-8	<p>ПРИ РАБОТЕ В ОЧАГЕ ВИРУСНЫХ ГЕМОМРАГИЧЕСКИХ ЛИХОРАДОК ДЛЯ ЗАЩИТЫ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ</p> <p>а) медицинская маска одноразового применения  б) марлевая маска  в) противогаз с противоаэрозольной или комбинированной коробкой  г) респиратор с классом защиты в соответствии с ГОСТ Р 12.4.191-2011 не ниже FFP1  д) полумаска противоаэрозольная.</p>	в)	Эпидемиология
ПК-8	<p>ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ НАДЕВАНИЯ ПРОТИВОЧУМНОГО КОСТЮМА I ТИПА</p> <p>а) большая косынка (капюшон), противочумный халат, респиратор, защитные очки, перчатки, полотенце за пояс халата, резиновые сапоги;  б) марлевая маска, очки, перчатки, противочумный халат;  в) резиновые сапоги, противочумный халат, большая косынка (капюшон), очки, перчатки, полотенце за пояс халата, респиратор;  г) колпак, защитные очки, хирургический халат, стерильны перчатки  д) очки, перчатки, противочумный халат, полотенце за пояс халата, респиратор, резиновые сапоги, большая косынка (капюшон);</p>	а)	Эпидемиология
ПК-8	<p>В ЕСТЕСТВЕННЫХ УСЛОВИЯХ ОСНОВНЫМИ ИСТОЧНИКАМИ ЗАРАЖЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА СИБИРСКОЙ ЯЗВОЙ СЛУЖАТ</p> <p>а) птицы  б) синантропные и полусинантропные грызуны  в) домашние и дикие водоплавающие птицы  г) больные люди, хронические носители и носители из числа реконвалесцентов  д) крупный рогатый скот, лошади, козы и овцы</p>	д)	Эпидемиология
ПК-8	<p>ОТВЕТСТВЕННЫМИ ЗА НАЗНАЧЕНИЕ И ПРОВЕДЕНИЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ПРОТИВ БЕШЕНСТВА ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) травматологи и (или) хирурги  б) врачи прививочного кабинета  в) врачи-инфекционисты  г) врачи-эпидемиологи  д) врач-терапевт</p>	а)	Эпидемиология
ПК-8	<p>ПРОТИВОПОКАЗНИЯ ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ БЕШЕНСТВА</p> <p>а) беременность  б) отсутствуют  в) детский возраст</p>	б)	Эпидемиология

	г) аллергия на аминокликозиды д) аллергия на куриный белок		
ПК-8	УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ РЕЗИСТЕНТНЫЕ К ДЕЗИНФЕКЦИИ МИКРООРГАНИЗМЫ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ а) неспорообразующие грамположительные бактерии б) крупные оболочечные вирусы в) грибы г) неспорообразующие грамотрицательные бактерии д) трофозоиты паразитов	д)	Эпидемиология
ПК-9	НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ НАУЧНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НЕОБХОДИМО: а) провести обработку материала; б) собрать материал для исследования; в) определить методы статистической обработки данных; г) составить план и программу исследования;	г)	ОЗД
ПК-9	НАУЧНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОИТ ИЗ ЭТАПОВ: а) двух; б) трех; в) четырех; г) пяти; д) шести	в)	ОЗД
ПК-9	НА ЧЕТВЕРТОМ ЭТАПЕ НАУЧНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ: а) анализируются полученные данные, делаются выводы и рекомендации, результаты исследования внедряются в практику; б) определяется новизна исследования и результаты внедряются в практику; в) определяется экономическая эффективность работы в целях внедрения результатов исследования в практику здравоохранения; г) определяется медицинская и социальная эффективность исследования; д) формируется рабочая гипотеза.	а)	ОЗД
ПК-9	ДЛЯ ИЗОБРАЖЕНИЯ СЕЗОННЫХ КОЛЕБАНИЙ ИЗУЧАЕМЫХ ЯВЛЕНИЙ, ИМЕЮЩИХ ЦИКЛИЧЕСКИЙ ХАРАКТЕР, ИСПОЛЬЗУЮТ а) столбиковую диаграмму; б) радиальную диаграмму (лепестковую); в) картограмму; г) фигурную диаграмму; д) секторную диаграмму.	б)	ОЗД
ПК-9	ЦЕЛЬ ПРОФИЛАКТИКИ: а) увеличение рождаемости; б) развитие интеллектуальных способностей человека; в) формирование, укрепление и сохранение	в)	ОЗД

	здоровья человека; г) снижение уровня смертности; д) изучение животного мира;		
ПК-9	ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЭТО: а) госпитализация больных и диспансеризация больных; б) комплекс мероприятий по реабилитации больных; в) система мер предупреждения заболеваний; г) выявление больных на ранних стадиях заболевания; д) направление на санаторно-курортное лечение	в)	ОЗД
ПК-9	ЧТО НЕ ВХОДИТ В СИСТЕМУ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ? а) прививки; система мер предупреждения заболеваний; б) закаливание, оптимальный двигательный режим; в) употребление алкоголя при простудных заболеваниях; г) госпитализация больных и диспансеризация больных; д) комплекс мероприятий по реабилитации больных;	в)	ОЗД
ПК-9	ЛИЦА, ПОДЛЕЖАЩИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ ОБСЛЕДОВАНИЯМ НА ТУБЕРКУЛЕЗ 2 РАЗА В ГОД а) ВИЧ-инфицированные б) больные сахарным диабетом в) нетранспортабельные пациенты г) больные язвенной болезнью д) пациенты с ХОБЛ	а)	Фтизиатрия
ПК-10	КАКОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕРНЫМ? а) ответственность за сохранность карты несет страховая медицинская компания. б) ответственность за своевременное внесение данных пациента в медицинскую карту несет сам пациент. в) медицинскую карту после посещения ЛПУ выдают на руки пациенту по устному требованию. г) пациент должен самостоятельно хранить медицинскую карту. д) первичная медицинская документация (карта, история болезни) должна храниться в медицинском учреждении.	Д)	Офтальмология
ПК-10	КАКОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕРНЫМ? а) записи в медицинской документации допустимо делать только в рукописной форме. б) записи в медицинской документации допустимо делать только в машинописной форме. в) записи выполняются строго синими чернилами. г) записи должны быть печатными буквами.	Д)	Госпитальная терапия

	д) запись должна быть выполнена разборчиво.		
ПК-10	КАКИЕ СВЕДЕНИЯ, СОДЕРЖАЩИЕСЯ В МЕДИЦИНСКОМ ДОКУМЕНТЕ, ОБОСНОВЫВАЮТ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ а) паспортные данные б) специализация врача в) результаты инструментальных исследований г) эпикризы д) дневниковые записи	Г)	Поликлиническая терапия
ПК-10	ЧТО ПОЗВОЛЯЕТ РАСЦЕНИВАТЬ ЗАПИСИ В МЕДИЦИНСКОМ ДОКУМЕНТЕ, КАК ДОСТОВЕРНЫЕ а) сам факт предоставления медицинских документов следствием б) заполнение медицинского документа в лицензированном лечебном учреждении в) соответствие содержания записей доклада лечащего врача г) соответствие содержания записей описанию патологии в медицинской литературе д) соответствие записей диагнозу	Г)	Клиническая фармакология
ПК-10	К ПОКАЗАТЕЛЯМ КАЧЕСТВА РАБОТЫ СТАЦИОНАРА ОТНОСЯТ: а) частота расхождения диагнозов (клинических и патологоанатомических; амбулаторно-поликлинических и стационарных); своевременность госпитализации; частота осложнений; б) летальность; частота расхождения диагнозов (клинических и патологоанатомических; амбулаторно-поликлинических и стационарных); частота повторных госпитализаций; своевременность госпитализации; частота осложнений; удельный вес эндоскопических (малоинвазивных) вмешательств; в) летальность; частота повторных госпитализаций; частота осложнений; удельный вес эндоскопических (малоинвазивных) вмешательств; г) летальность; частота повторных госпитализаций; частота отказов в госпитализации; частота осложнений; д) летальность; частота расхождения диагнозов (клинических и патологоанатомических; амбулаторно-поликлинических и стационарных); частота повторных госпитализаций.	в)	ОЗД
ПК-10	ФУНКЦИЯ ВРАЧЕБНОЙ ДОЛЖНОСТИ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ СООТВЕТСТВУЕТ: а) нагрузке врача по специальности на 1 час работы в поликлинике и на дому; б) среднему количеству посещений, обслуживаемых врачом за день;	в)	ОЗД

	<p>в) количеству посещений, обслуживаемых врачом в течение года;</p> <p>г) среднему количеству посещений к одному врачу в течение месяца;</p> <p>д) нагрузке врача по специальности на 1 час работы в поликлинике</p>		
ПК-10	<p><b>ВНУТРЕННИЙ КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В ПОРЯДКЕ, УСТАНОВЛЕННОМ:</b></p> <p>а) руководителем медицинской организации;</p> <p>б) профсоюзными организациями медицинских учреждений;</p> <p>в) общественными профессиональными медицинскими организациями;</p> <p>г) министерством здравоохранения Российской Федерации;</p> <p>д) отделом контроля качества и безопасности медицинской помощи.</p>	а)	ОЗД
ПК-10	<p><b>СОВОКУПНОСТЬ ХАРАКТЕРИСТИК, ОТРАЖАЮЩИХ СВОЕВРЕМЕННОСТЬ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПРАВИЛЬНОСТЬ ВЫБОРА МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, СТЕПЕНЬ ДОСТИЖЕНИЯ ЗАПЛАНИРОВАННОГО РЕЗУЛЬТАТА СООТВЕТСТВУЕТ ОПРЕДЕЛЕНИЮ:</b></p> <p>а) качества медицинской помощи;</p> <p>б) адекватности медицинской помощи;</p> <p>в) доступности медицинской помощи в рамках программы госгарантий;</p> <p>г) эффективности медицинской помощи;</p> <p>д) безопасности пациента.</p>	а)	ОЗД
ПК-10	<p><b>ЛИЦАМ, ПРОХОДЯЩИМ ПО РЕШЕНИЮ СУДА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКУЮ ЭКСПЕРТИЗУ И ПРИЗНАНЫМ НЕТРУДОСПОСОБНЫМИ, ВЫДАЕТСЯ</b></p> <p>а) листок нетрудоспособности со дня направления на экспертизу</p> <p>б) листок нетрудоспособности со дня установления ВН</p> <p>в) листок нетрудоспособности со дня окончания экспертизы</p> <p>г) справка неустановленной формы со дня установления ВН</p> <p>д) документы о ВН не выдаются.</p>	б)	ЭВН
ПК-10	<p><b>В СЛУЧАЕ УТРАТЫ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ (СПРАВКИ №095-У) ДУБЛИКАТ</b></p> <p>а) выдается лечащим врачом с восстановлением всех</p>	г)	ЭВН

	<p>записей</p> <p>б) выдается ВК с восстановлением всех записей</p> <p>в) выдается лечащим врачом, одной строкой включаются все дни ВН</p> <p>г) выдается ВК, одной строкой включаются все дни ВН</p> <p>д) не выдается</p>		
ПК-10	<p>ЛИЦАМ, САМОСТОЯТЕЛЬНО ОБРАЩАЮЩИМСЯ НА КОНСУЛЬТАЦИЮ, ВЫДАЕТСЯ</p> <p>а) листок нетрудоспособности</p> <p>б) справка установленной формы</p> <p>в) справка неустановленной формы</p> <p>г) справка ВК</p> <p>д) документы о ВН не выдаются</p>	д)	ЭВН
ПК-11	<p>СРОК ХРАНЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО В КАРТОТЕКЕ ПОЛИКЛИНИКИ ____ ЛЕТ</p> <p>а) 3</p> <p>б) 5</p> <p>в) 10</p> <p>г) 15</p> <p>д) 20</p>	б)	Поликлиническая терапия
ПК-11	<p>К ПЕРВИЧНОЙ АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ ОТНОСИТСЯ</p> <p>а) рецепт ф.148/у</p> <p>б) медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях ф.025/у</p> <p>в) справка для получения путевки ф.070/у</p> <p>г) санаторно-курортная карта ф.072/у</p> <p>д) контрольная карта диспансерного наблюдения ф.030/у</p>	б)	Поликлиническая терапия
ПК-12	<p>СКОЛЬКО ВРЕМЕНИ СЛЕДУЕТ ОЖИДАТЬ ПОЯВЛЕНИЯ ПРИЗНАКОВ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ ПЛОДА, ЕСЛИ НЕТ КРОВОТЕЧЕНИЯ?</p> <p>а) 2 часа</p> <p>б) 1 час</p> <p>в) 30 минут</p> <p>г) 10 минут</p> <p>д) 5 минут</p>	в)	Акушерство и гинекология
ПК-12	<p>ЧТО ТАКОЕ ПРИЗНАК ШРЕДЕРА?</p> <p>а) отсутствие втягивания пуповины при глубоком вдохе</p> <p>б) отсутствие втягивания пуповины после потуживания</p> <p>в) отсутствие втягивания пуповины при надавливании ребром ладони на матку над лоном</p> <p>г) изменение формы и высоты стояния дна матки</p> <p>д) опускание наружного отрезка пуповины</p>	г)	Акушерство и гинекология

ПК-12	<p>ЧТО ТАКОЕ ПРИЗНАК АЛЬФЕЬДА?</p> <p>а) опускание наружного отрезка пуповины  б) изменение формы и высоты стояния дна матки  в) отсутствие втягивания пуповины после глубокого вдоха  г) отсутствие втягивания пуповины после потуживания  д) отсутствие пульсации в пуповине</p>	а)	Акушерство и гинекология
ПК-12	<p>ЧТО ТАКОЕ ПРИЗНАК ДОВЖЕНКО?</p> <p>а) опускание наружного отрезка пуповины при отделившейся плаценте  б) отсутствие втягивания пуповины при глубоком вдохе  в) отсутствие втягивания пуповины при надавливании ребром ладони над лоном  г) отсутствие втягивания пуповины после потуживания  д) изменение формы и высоты стояния дна матки</p>	б)	Акушерство и гинекология
ПК-12	<p>ЧТО ТАКОЕ ПРИЗНАК ЧУКАЛОВА-ЧЮСТНЕРА?</p> <p>а) опускание наружного отрезка пуповины после отделения плаценты  б) отсутствие втягивания пуповины после глубокого вдоха  в) отсутствие втяжения пуповины при надавливании ребром ладони над лоном  г) изменение формы и высоты стояния дна матки  д) отсутствие пульсации в пуповине</p>	в)	Акушерство и гинекология
ПК-12	<p>СКОЛЬКО ВРЕМЕНИ СЛЕДУЕТ ОЖИДАТЬ ПОЯВЛЕНИЯ ПРИЗНАКОВ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ ПЛОДА, ЕСЛИ НЕТ КРОВОТЕЧЕНИЯ?</p> <p>а) 2 часа  б) 1 час  в) 30 минут  г) 10 минут  д) 5 минут</p>	в)	Акушерство и гинекология
ПК-12	<p>УЛЬТРАЗВУКОВАЯ КАРТИНА ЗРЕЛОСТИ ПЛАЦЕНТЫ, ОБОЗНАЧЕННАЯ ЦИФРОЙ III, СООТВЕТСТВУЕТ, КАК ПРАВИЛО, СРОКУ БЕРЕМЕННОСТИ</p> <p>а) до 30 недель  б) 31-34 недели  в) 35-36 недель  г) 37-40 недель  д) 41-43 недели</p>	г)	Акушерство и гинекология
ПК-12	<p>КАКОВЫ ИНТЕРВАЛЫ МЕЖДУ СХВАТКАМИ В КОНЦЕ ПЕРИОДА РАСКРЫТИЯ?</p> <p>а) 15-20 минут  б) 5-10 минут  в) 2-3 минуты  г) до 1 минуты  д) 30 минут</p>	г)	Акушерство и гинекология
ПК-12	КАКОВА СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ	б)	Акушерство и

	<p>ПЕРИОДА РАСКРЫТИЯ У ПЕРВОРОДЯЩИХ?</p> <p>а) 6 часов  б) 10-12 часов  в) 14-16 часов  г) 18-20 часов  д) 24 часа</p>		гинекология
ПК-12	<p>КАКОВА СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПЕРИОДА РАСКРЫТИЯ У ПОВТОРНОРОДЯЩИХ?</p> <p>а) 3 часа  б) 6-8 часов  в) 10-12 часов  г) 14-16 часов  д) 20 часов</p>	б)	Акушерство и гинекология
ПК-12	<p>КОГДА ОБЫЧНО НАСТУПАЕТ СВОЕВРЕМЕННЫЙ РАЗРЫВ ПЛОДНОГО ПУЗЫРЯ?</p> <p>а) при 3 пальцах раскрытия  б) при 2 пальцах раскрытия  в) при полном или почти полном раскрытии  г) в конце периода изгнания  д) до начала родовой деятельности</p>	в)	Акушерство и гинекология



## 2 этап. Собеседование

### ЗАДАЧИ ПО ТЕРАПИИ

Государственная итоговая аттестация  
Направление подготовки (специальность)  
31.05.01 «Лечебное дело»

#### Ситуационная задача № 1

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)**

Женщина А., 38 лет, доставлена в инфекционную больницу в тяжелом состоянии, с резко выраженной желтухой.

**Анамнез заболевания:** Известно, что пациентка в течение двух недель отмечает общую слабость, потливость, резкое снижение работоспособности, боль в мышцах, суставах рук и ног, постоянное подташнивание, аппетит снижен. В последние два дня потемнела моча, появилась головная боль и головокружение. Температура не повышалась. Обратилась к участковому врачу через 5 дней от начала заболевания, где её плохое самочувствие объяснили переутомлением, и больная продолжала работать. На 14-ый день болезни в связи с появлением желтухи, ухудшением самочувствия, с появлением головокружения и сильной слабости родственники вызвали «скорую помощь».

При сборе эпидемиологического анамнеза выяснилось, что 3 месяца назад больной произведена аппендэктомия.

**Объективно:** состояние тяжелое, вялая, заторможена, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, повторная рвота, дважды было носовое кровотечение. Температура тела 36,8°C. Кожа и склеры интенсивно желтушны. Геморрагии на коже и слизистых. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. При перкуссии грудной клетки легочный звук, при аускультации везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены. Пульс ритмичный, удовлетворительных свойств, 110 уд/мин. АД – 90/70 мм рт.ст. Живот мягкий, слегка вздут, пальпация живота слабо болезненная во всех отделах. Печень пальпируется у реберной дуги, мягкая, верхний ее край на уровне VII ребра. Селезенка не пальпируется. Корнеальные рефлексы сохранены. Моча цвета пива, кал светло-желтого цвета.

**При лабораторных исследованиях выявлены следующие данные:**

ОАК: Нб 115 г/л, СОЭ 28 мм/час, Эр  $3,7 \times 10^{12}$ /л, L  $3,5 \times 10^9$ /л, э-2%, п/я-1%, с/я-44%, Лимф-47%, М-6%.

ОАМ: уд вес 1021, L единичные в п/зр, обнаружены желчные пигменты.

Б/химия крови: общий белок 61 г/л, альбумины 43% (N более 55%), альфа2 – глобулины 14% (норма до 10,9%)

общий билирубин 380, прямой билирубин 250 мкмоль/л, холестерин 5,1 ммоль/л, АЛТ 1200 u/L, АСТ 940 u/L, ЩФ 178 u/L, ПТИ 52%, фибриноген 2,8 г/л, ГГТП 308 u/L.

Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

## Ситуационная задача № 2

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной А., 49 лет, частный предприниматель, заболел постепенно 1,5 недели назад. Заболевание началось с повышения температуры, головной боли разлитой и сильной, снижения аппетита. Температура постепенно нарастала, стала сопровождаться познабливанием, появились сухой кашель, затем вздутие живота и запоры. Обратился в поликлинику, где заподозрено ОРВИ, назначены жаропонижающие, однако температура продолжала нарастать и к концу 1 недели заболевания достигла 39-40°C, нарастала слабость, аппетит исчез, появились боли в животе. В связи с неэффективностью амбулаторного лечения госпитализирован в стационар. В день госпитализации на коже появилась сыпь.

**Анамнез заболевания:** Накануне заболевания был на пикнике, употреблял в пищу разогретые на костре блюда, речную рыбу, некипяченое молоко. Для чая использовал воду из естественного водоема.

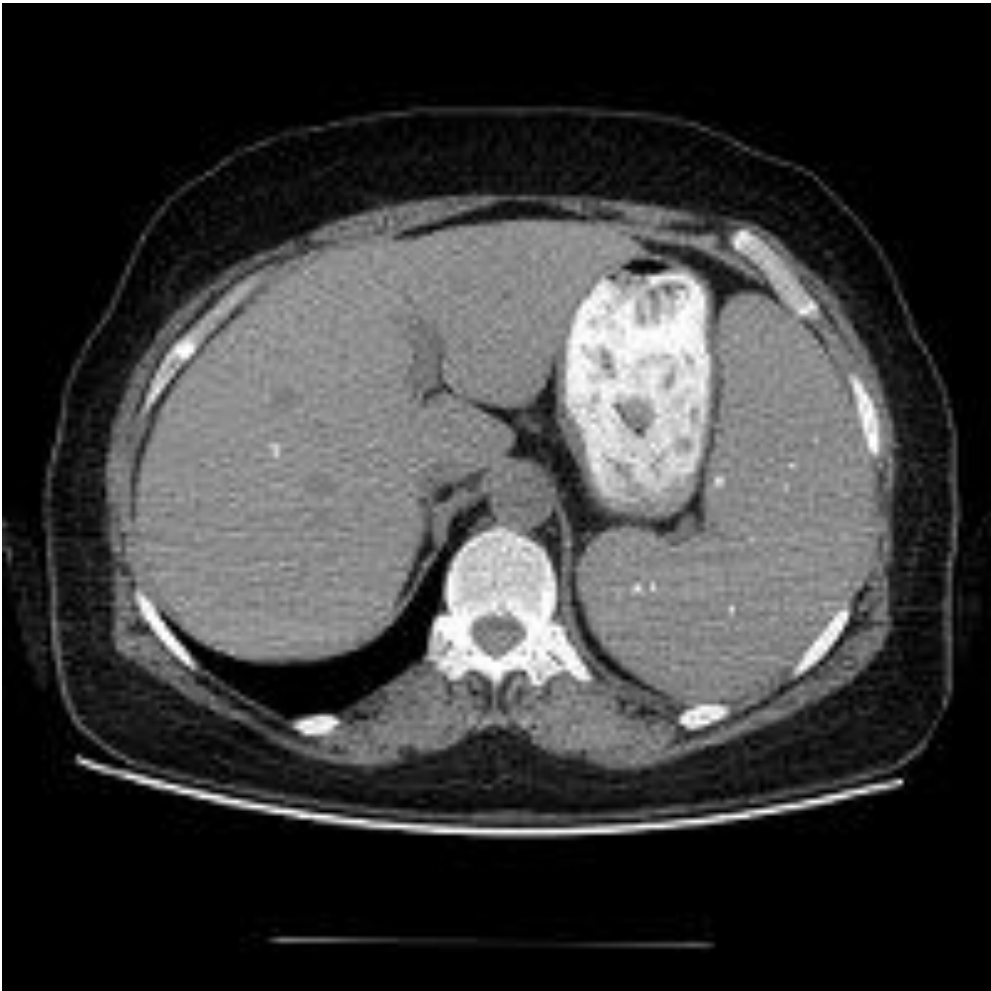
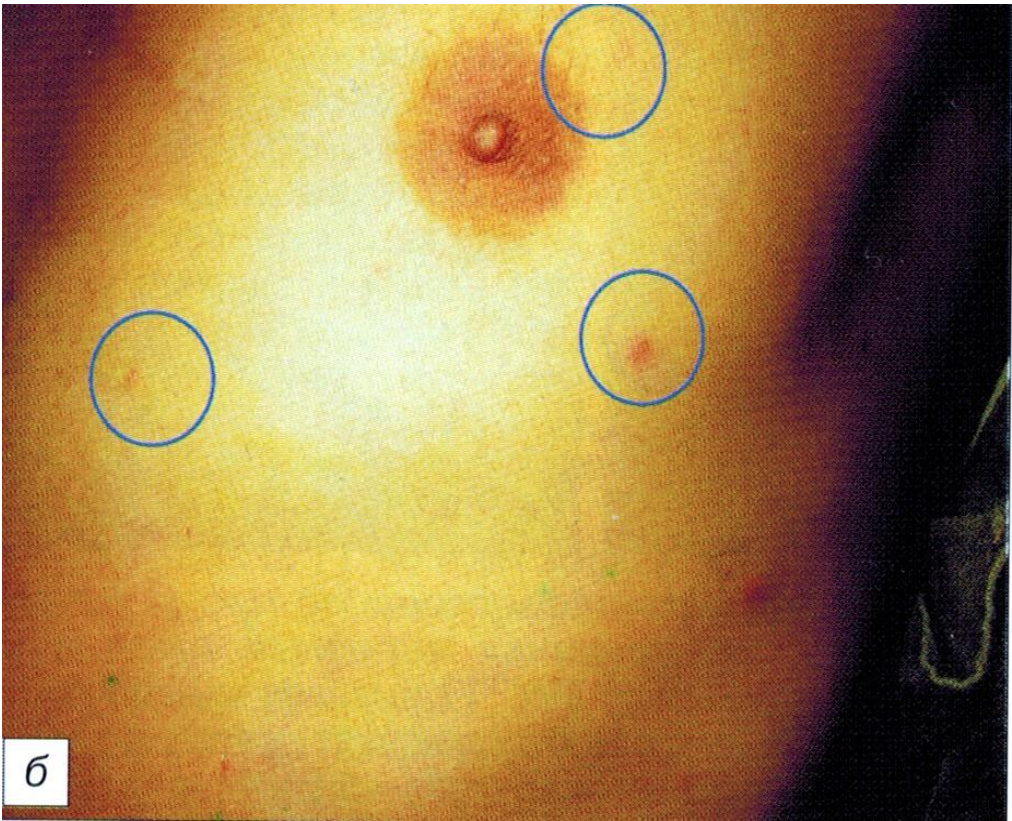
**Объективно:** Общее состояние тяжелое, температура 39,7°C, больной несколько заторможен. На коже груди и живота определяется скудная розеолезная сыпь, при надавливании – бледнеет. Пальпируются шейные и подмышечные лимфоузлы, мягкие, подвижные. В легких дыхание везикулярное, с жестким оттенком. Сердце - границы в норме, ЧСС 64 уд в минуту. АД 100/60 мм рт.ст. Тоны сердца ритмичные, соотношение их не нарушено. Язык густо обложен белым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в околопупочной области, пальпируются вздутые петли толстой и тонкой кишки. Печень выступает из подреберья на 4-5 см, край закруглен, ровный, умеренно болезненный. Четко пальпируется нижний полюс селезенки. Периферических отеков нет.

**При лабораторных исследованиях получены следующие данные:**

1. ОАК - СОЭ 20 мм/час, Эр  $3,4 \times 10^{12}/л$ , НБ 122 г/л, L  $3,0 \times 10^9/л$ , э-0%, п/я-10%, с/я-39%, лимф-49%, м-2%.
2. ОАМ - уд вес 1023, белок 1,8 г/л, L ед в препарате.
3. Б/х крови: общий белок 67 г/л, альбумины 43% (N более 55%), глобулины: альфа1 -4,7% (2,2 – 4,2), альфа2- 9,3% (7,9 – 10,9), бета -14,0% (10,2 – 18,3), гамма -29,0% (17,6 – 25,4).
4. Посев крови на стерильность дважды - отрицательно.
5. Реакция Видаля - титр в день госпитализации 1:200, через 2 дня титр 1:800

Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



КТ брюшной полости. Определите наличие патологии на снимке.

### Ситуационная задача № 3

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной М., 19 лет 20.04 доставлен в приемное отделение инфекционной больницы с жалобами на лихорадку 39-40<sup>0</sup>С, головную боль, боль в горле, жидкий стул, сыпь на туловище и конечностях.

**Анамнез заболевания:** Заболел 5 дней назад, повышение температуры тела сопровождалось ознобом, головной болью, ломотой в мышцах и крупных суставах. На 2-й день была однократная рвота, жидкий стул без патологических примесей до 4-х раз в сутки, периодически беспокоят несильные боли в животе. Боль и першение в горле появились к концу первого дня. Сыпь появилась на 4-й день, сначала на туловище – через несколько часов на верхних и нижних конечностях, умеренно зудящая.

Проживает в частном доме с родителями. Употребляет сырую воду. Имеется приусадебный участок, погреб, подсобное хозяйство. В доме есть грызуны.

**Объективно:** состояние средней степени тяжести. Т тела 39,2<sup>0</sup>С. Лицо больного гиперемировано, одутловато, гиперемия и отечность ладоней и стоп. На коже туловища и конечностей – обильная розовая пятнисто-папулезная сыпь, сгущающаяся в естественных складках и вокруг суставов. Наблюдается гиперемия слизистой оболочки задней стенки глотки, небных миндалин, миндалины гипертрофированы до 1 степени, налетов нет. Язык ярко-красный, с гипертрофированными сосочками, без налета. Живот мягкий, умеренно болезненный в правой подвздошной области. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Менингеальные знаки отрицательны.

**При лабораторных исследованиях получены следующие данные:**

1. ОАК-СОЭ 25 мм/час, Эр  $3,8 \times 10^{12}/л$ , НБ 142 г/л, L  $12,0 \times 10^9/л$ , э-6%, п/я-11%, с/я-61%, лимф-20%, м-2%.

2. Посев кала: возбудители УПФ, дизентерии, тифо-паратифов не выделены.

3. Б/х крови: общий белок 68 г/л, альбумины 57% (N более 55%), глобулины: альфа1-4,2% (2,2-4,2) , альфа2 - 8,3% (7,9-10,9), гамма - 20,0% (17,6-25,4). Общий билирубин 17 мкмоль/л, АЛТ – 86 Ед/л, АСТ 44 Ед/л, ГГТ – 78 Ед/л.



Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



#### Ситуационная задача № 4

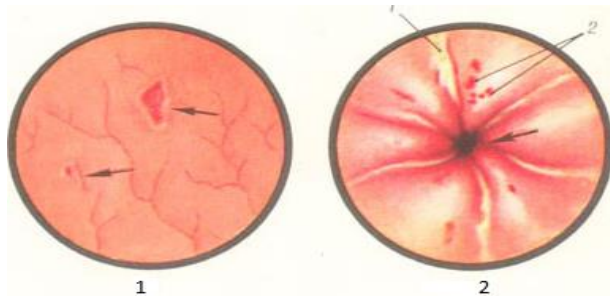
(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной Д., 52 лет, плотник. Заболел остро, появилась нарастающая слабость, головная боль, стала повышаться температура тела до  $38^{\circ}\text{C}$ , с ознобом, появились тупые боли в животе, которые на следующий день локализовались в подвздошных областях, больше слева, температура нарастала до  $38,7-38,8^{\circ}\text{C}$ . Стул кашицеобразный, учащенный в первые сутки, носил каловый характер, в последующем присоединилась слизь и на третьи сутки появились прожилки крови. На протяжении первых трех суток пребывания в стационаре стул нарастал в частоте до 15-25 раз, уменьшался в объеме, на третий день состоял в основном из слизи с прожилками крови. Появились тенезмы с отделением небольшого количества слизи с кровью. Пациент стал отмечать боли в заднем проходе с иррадиацией в крестец.

**Объективно:** пациент адинамичен, температура тела  $39^{\circ}\text{C}$ , кожные покровы бледные, сыпи нет. Тоны сердца приглушены, частотой 115 в минуту. Артериальное давление 100/50 мм рт. ст. Язык густо обложен белым налетом, суховат. Пальпация живота резко болезненная в левой подвздошной области, там же пальпируется спазмированная кишка. Перитонеальные знаки отрицательные. При осмотре перианальной области анус зияет, определяется выпячивающийся валик гиперемированной полнокровной слизистой с концентрическими складками. Определяется переход слизистой в кожу заднего прохода. Из эпидемиологического анамнеза: за 2 дня до болезни был в кафе с другом, употреблял в пищу пирожки с мясной начинкой. У друга похожее заболевание.

**При лабораторных исследованиях получены следующие данные:**

1. Общий анализ крови – СОЭ 18 мм/ч; эр  $3,6 \times 10^{12}/\text{л}$ ; лейкоцитов  $14,4 \times 10^9/\text{л}$ ; э-2%, п-8%, с-76%, л-12%, м-2%.
2. Копрограмма – эритроциты 10-12 в поле/зрения, лейкоциты сплошь, слизь – большое количество.
3. При проведении ректороманоскопии – обнаружены отёк и гиперемия слизистой, множественные эрозии и язвы в прямой и сигмовидной кишке, подслизистые кровоизлияния.



Данные ректороманоскопии:

На рисунке 1 отобразена слизистая обочка сигмовидной кишки. Стрелками указаны изменения. Какие?

На рисунке 2 стрелкой отмечено заднепроходное отверстие. Цифрой 1 обозначено скопление гноя. Что обозначено цифрой 2 на фоне гиперемированной слизистой?

Дайте заключение.

Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

### Ситуационная задача № 5

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная В., 42 лет, поступила в клинику на 16-й день болезни по поводу лихорадки неясной этиологии с жалобами на приступообразные подъемы температуры, ознобы, потливость, нарастающую слабость.

**Анамнез заболевания:** Заболевание началось с небольшого озноба, повышения температуры до  $37,6^{\circ}\text{C}$ . На следующий день температура снизилась до  $37^{\circ}\text{C}$ , была небольшая слабость, ломота в теле. К вечеру следующего дня появился потрясающий озноб и головная боль, температура повысилась до  $40^{\circ}\text{C}$ . Через несколько часов температура упала до нормы, ее падение сопровождалось проливной потливостью. В дальнейшем приступы трижды повторялись с интервалами в один день. В связи с этим обратилась в поликлинику, где диагностирован осложненный грипп, назначены антибиотики, после чего приступы прекратились. Через месяц снова повысилась температура тела до  $39^{\circ}\text{C}$ , ее повышение сопровождалось ознобом, подобные приступы повторялись ежедневно. Направлена в местную больницу на стационарное обследование.

Из анамнеза установлено, что последние два года жила с семьей в Пакистане, возвратилась за месяц до болезни.

**Объективно:** при поступлении состояние средней тяжести. Кожные покровы и слизистые оболочки бледные. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. Пульс 86 удар в мин, удовлетворительного наполнения. АД 115/75 мм рт.ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3-4 см, плотно-эластичная, умеренно чувствительная при пальпации. Четко пальпируется нижний полюс селезенки на 3 см ниже реберной дуги слева.

**При лабораторных исследованиях получены следующие данные:**

Нв-100 г/л, лейкоц-  $2,9 \times 10^9$ /л, э-0%, п/я-12%, с/я-31%, лимф.-34%, мон.-23%, СОЭ-33мм/ч. Билирубин общий - 35 мкмоль/л; непрямого билирубин - 30 мкмоль/л.

Вопросы:

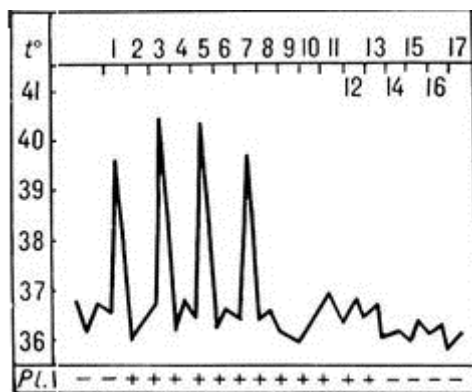
1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить

трудоспособность.

КТ брюшной полости



Температурная кривая



1. Для каких заболеваний характерна подобная температурная кривая?
2. Какие изменения определяются на КТ?

### Ситуационная задача № 6

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной Ф., 41 год предъявляет жалобы на слабость, снижение работоспособности, непродуктивный сон, апатию, периодически поташнивание, снижение аппетита, плохо переносит жирную пищу, отвращение к запаху табачного дыма. Похудел за год на 10 кг., отмечает периодически вздутие живота до резко выраженного, сопровождающееся болью и одышкой. Стул иногда с примесью крови, ежедневный. Отмечает отёки на нижних конечностях до середины голени, снижение диуреза с увеличением размеров живота, периодически носовые кровотечения, повышение температуры до 37,5, а также желтуху, тёмную мочу.

Считает себя больным 2 года, когда впервые появились тяжесть в животе, особенно после погрешности в питании, метеоризм, вздутие, субфебрилитет к вечеру. Указанные симптомы нарастали, отметил снижение диуреза и расширение вен на боковых поверхностях живота. Полгода тому назад начал отмечать появление крови на туалетной бумаге после дефекации. За 2 месяца до госпитализации стала нарастать желтуха, моча потемнела.

Из анамнеза жизни: находился в местах лишения свободы, после освобождения занимался бизнесом. Злоупотребляет алкоголем: по 0,5 л. водки 3 – 4 раза в неделю. Питание нерегулярное, несбалансированное. На учёте у нарколога по поводу хронического алкоголизма не состоит.

Объективно: сознание ясное, рост 180 см., вес 90 кг. ИМТ 27. Желтушность кожи и склер, сосудистые звёздочки на верхней половине тела, печёночные ладони. Выражены вены на передней и боковой поверхности живота, перкуторно небольшое количество жидкости в брюшной полости, пальпируется нижний полюс селезёнки. Печень выступает на 2 см. из под рёберной дуги эластичная, умеренно чувствительная. Верхняя граница печени в 5 межреберье.

Дополнительные методы обследования:

1.ОАК: гемоглобин 65 г/л, эритроциты  $2,4 \cdot 10^{12}/л.$ , тромбоциты  $52,8 \cdot 10^9/л.$ , лейкоциты  $3,0 \cdot 10^9/л.$ , СОЭ 14 мм/ч.,

2.Общий анализ мочи: удельный вес 1016. Обнаружены желчные пигменты.

3. Б/х крови: общий белок 81 г/л; альбумины 31,50 г/л, гамма-глобулины 39,9%.

билирубин общий 63,3 мкмоль/л, связанный 42,2, свободный 21,1 мкмоль/л., глюкоза - 4,3 ммоль/л, общий холестерин 2,4 ммоль/л., АЛТ- 34,4 (норма 4-42 U/L); АСТ 72,3U/L (5-37 U/L); ЩФ 122 U/L (норма 64- 306 U/L), ГГТП 118 U/L , (норма 7 - 64 U/L, ПТИ 59 %;

4. УЗИ печени: КВР правой доли печени 166 (норма до 150), левая 115 (норма до 70), контуры неровные, структура неоднородная. Площадь селезёнки  $85\text{см}^2$ . Воротная вена 16 мм. (норма до 13), селезёночная вена 12мм. (норма до 8). Свободная жидкость не определяется.

5.Маркеры вирусных гепатитов В,С,Д отрицательные.

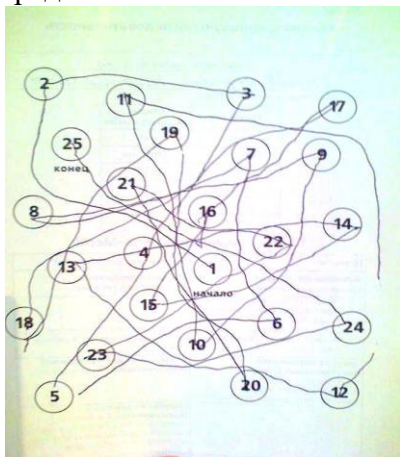
Выполнена ФЭГДС результаты представлены на снимке.



# эзофагоскопия



Определите патологические изменения в пищеводе на представленной иллюстрации



Тест на цифровую последовательность

ИО \_\_\_\_\_  
Дата \_\_\_\_\_

Время выполнения теста (сек) \_\_\_\_\_

Грачев Сергей Николаевич

Образец почерка (имя отчество)

Время сек	Стадия энцефопатии
<40	нет
40-60	Латентная
61-90	I, I-II
91-120	II
121-150	III
>150	IV

Схема применения Гапа-Мерц

Оцените результат теста связи чисел

## Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

### Ситуационная задача № 7

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной Д., 15 лет обратился к врачу в связи с желтушностью кожи и склер, появлением слабости, повышенной утомляемости, горечи во рту, подташнивания, снижения аппетита и неприятных ощущений в эпигастрии и правом подреберье. Указанные симптомы появились после тренировок (занимается баскетболом).

Считает себя больным с 12 лет, когда впервые после работы на дачном участке и большом перерыве между приемом пищи отметил появление слабости, выраженной усталости. Мать пациента заметила легкую желтушность склер, которая исчезла через 2 дня. При обследовании в поликлинике печеночные пробы в норме, маркеров вирусов гепатитов А, В, С, Д не выявлено, УЗИ в норме. При ЭГДС выявлен гастрит (умеренная очаговая гиперемия в антр. отделе желудка), принимал антациды и обволакивающие средства. В дальнейшем подобные состояния повторялись и провоцировались тренировками, голоданием, психоэмоциональным стрессом. Кроме желтушности склер появилась легкая желтушность кожи, присоединились диспепсические явления и ощущение тяжести в эпигастрии и правом подреберье. В связи с неэффективностью проводимой терапии при очередном обострении направлен в стационар.

Родился в срок, 3,5 кг с умеренной желтухой, которая исчезла к концу 1 недели жизни. Рос и развивался нормально, учился хорошо. Перенес корь, ветряную оспу, псевдотуберкулез. Простудные заболевания 1 раз в 2 года.

**Объективно:** Состояние удовлетворительное, «печеночные ладони» и сосудистые звездочки отсутствуют. Кожа и склеры слегка желтушные. Легкие и сердце – б/о. Язык влажный, у корня умеренно обложен беловатым налетом. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень выступает из подреберья на 1,5-2 см, край острый, ровный, поверхность гладкая, эластичная, пальпаторно болезненности не отмечает. Пузырные симптомы сомнительны. Других изменений не выявлено.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: СОЭ 8 мм/ч, Эр  $3,9 \times 10^{12}$ , Л  $6,8 \times 10^9$ , эоз 5%, п/я 0%, с/я 72%, лимф. 21%, мон. 2%.

2. Б/х крови: общий белок 68 г/л, альбум 56%, глоб :  $\alpha_1$  4,  $\alpha_2$  9,  $\beta$  12,  $\gamma$  19, билирубин общий 43, прямой 4, непрямой 39 мкмоль/л; глюкоза 5,3 ммоль/л, АЛТ 21 U/L (норма 4-42 U/L); АСТ 17 U/L (5-37 U/L); , ПТИ 82%, фибриноген 2,2 г/л.

3. Маркеры вирусов гепатитов В, С, Д (ИФА и ПЦР) отрицательны.

#### **Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

### Ситуационная задача № 8

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной А., 21 г., студент технического вуза поступил в клинику с жалобами на: общую слабость, быструю утомляемость, для усвояемости учебного материала требовалось больше времени, возникла потребность в дневном отдыхе, затруднение речи и письма, периодически тремор кистей.

Во время учебы в школе зарегистрировано увеличение АЛТ, АСТ до 2-3 норм, однако характер этих изменений выявлен не был. В дальнейшем изменилась речь: стала замедленной, монотонной; изменился почерк (буквы стали более вытянутыми в длину, остроконечные), с трудом записывал материал лекций, однако память и внимание были сохранены, зачёты сдавал в срок с положительными оценками. В дальнейшем возникла потребность в отдыхе в среднем через 2-3 ч занятий, стала нарастать слабость, стал появляться тремор кистей.

В детстве частые простудные заболевания. Алкоголь употребляет редко в небольшом количестве; три года тому назад курил по 5-6 сигарет в день, бросил два года тому назад. В семье родители здоровы, дед и бабушка по материнской линии страдают АГ, по отцовской линии - сведений не имеет.

**Объективно:** состояние средней тяжести, положение активное, ориентирован во времени, пространстве и действии. Речь медленная, временами смазанная, при волнении паузы афазии до нескольких минут. Лицо амимичное, мелкий тремор рук. Легкая желтушность склер. Печёночные знаки отсутствуют, печень увеличена, выступает из подреберья на 3-4 см, плотно эластической консистенции, край острый ровный. По другим органам без особенностей.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: Нв 117 г/л, Эр.  $3,39 \times 10^{12}$ , Л  $3,92 \times 10^9$ ; тромбоц.  $160 \times 10^9$ .
2. Б/х крови: общий белок 60 г/л; альбум. 48%, глобул:  $\alpha_1$  3,1%,  $\alpha_2$  6,0%,  $\beta$  10,4%,  $\gamma$  37,5%, АЛТ 390 U/L (N 4-42 U/L); АСТ 412 U/L (5-37 U/L); сыворот. железо 32 мкмоль/л (N 10,6-28,3), сыворот. медь 8 мкмоль/л (N 11-24), билирубин общий 68 мкмоль/л, прямой 29 мкмоль/л, непрямой 39 мкмоль/л, ЩФ 420 (N 64-306) U/L, ПТИ 80%; фибриноген 2,3 г/л.
3. Вирусологическое исследование: ИФА, ПЦР на вирусы В, С, Д – отриц.
4. УЗИ ОБП: печень увеличена КВР 170 (N до 150), край ровный, паренхима однородная, эхогенность снижена. Площадь селезенки  $50 \text{ см}^2$ ; воротная вена 12 мм; селезеночная – 8 мм.
5. ЭГДС: слизистая пищевода в норме, в антральном отделе желудка очаги отёка и гиперемии.
6. Осмотр окулиста щелевой лампой: на верхнем полюсе роговицы имеется участок зеленовато-коричневого цвета.
7. Тест связи чисел прилагается.

#### **Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

# Тест связи чисел Вариант 1

Ф.И.О. пациента

*Болымай А.,*

Дата

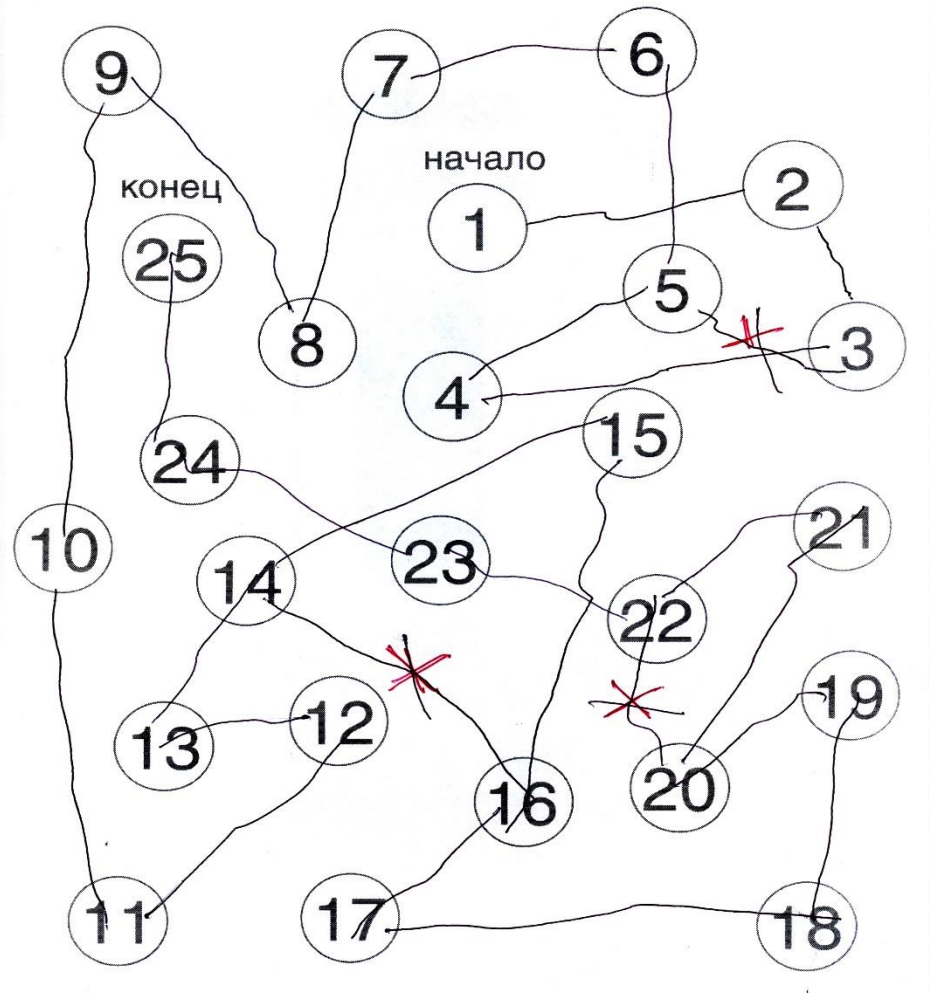
*16.05.16*

Дата рождения

*21.20.9*

Образец почерка (Имя, Отчество)

Время теста, *76* сек.



### Ситуационная задача № 9

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная Т., 23 года. Около года назад почувствовала слабость, стала повышаться температура до 37,6, появилась сыпь на туловище и нижних конечностях.

Обследовалась и лечилась у аллерголога, эффекта от лечения не было. В последующем появились боли в суставах ног, отек, гиперемия и гипертермия кожи над суставами. Диагностирован артрит, по поводу чего принимала диклофенак с удовлетворительным эффектом. В дальнейшем стала отмечать снижение аппетита, горечь во рту, периодически потемнение мочи. В последние 3 месяца появилась кровоточивость десен при чистке зубов. Особенно ухудшилось состояние в течение последнего месяца: появилась температура до 38-39, желтушность кожи, носовые кровотечения, усилились проявления артрита. Проводимое лечение индометацином, антибиотиками, физиотерапевтическими процедурами эффекта не имело. Переливание крови в анамнезе отсутствует. Алкоголь не употребляет.

**Объективно:** Состояние ближе к тяжелому, температура 38,7, кожа желтушная, склеры желтые. Коленные, голеностопные, локтевые и лучезапястные суставы отечны, кожа над ними гиперемирована, движения в суставах резко болезненны и ограничены. На коже нижних конечностей сыпь геморрагического характера. В легких изменений нет. Сердце – тоны ритмичные, 100 уд/мин, АД 90/60 мм рт.ст. Живот обычных размеров, болезнен в эпигастрии и правом подреберье. Печень выступает из-под реберной дуги на 10 см, край острый, ровный, поверхность гладкая, умеренно болезненная. Пальпируется нижний полюс селезенки.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: СОЭ 48 мм/час, лейкоц.  $15,3 \times 10^9$ /л, эр.  $3,2 \times 10^{12}$ /л, Нв 93 г/л, Э – 5%, П – 11%, С – 77%, Л – 6%, М – 1%, тромб.  $128 \times 10^9$ /л, ретикулоциты 8%.

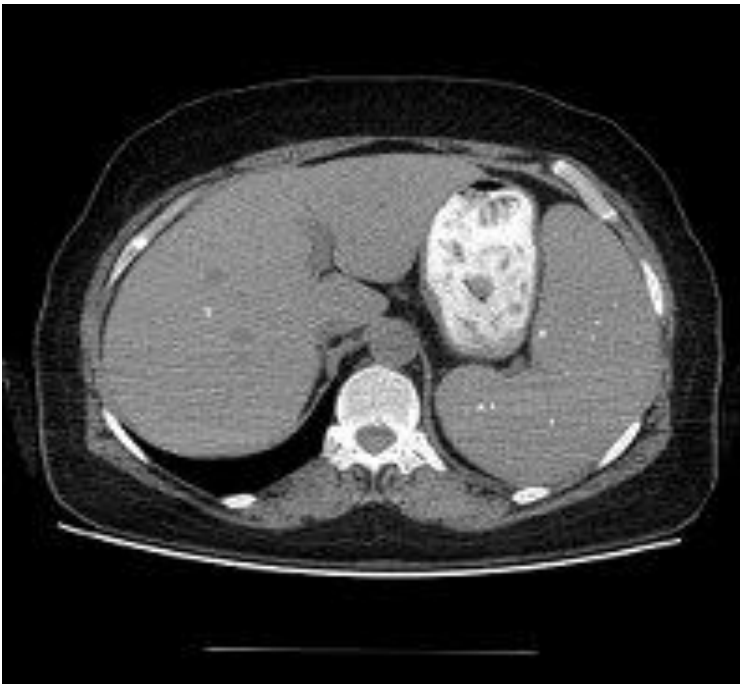
2. Б/х крови: общий белок 77 г/л, альб. 42%, глобулины:  $\alpha_1$  – 2%,  $\alpha_2$  – 14%,  $\beta$  – 6%,  $\gamma$  – 36%. глюкоза 4,55 ммоль/л., общий билирубин 322 мкмоль/л, прямой 202 мкмоль/л, не прямой 120 мкмоль/л, АЛТ 460 U/L (N4-42 U/L); АСТ 390 U/L (N5-37 U/L); ЩФ 310 (N 64-306) U/L, мочевины 8,1 ммоль/л., креатинин 0,14 ммоль/л., ПТИ 65%, фибриноген 1,9 г/л.

3. Вирусологическое исследование: ИФА, ПЦР на вирусы В, С, Д – отриц. Антитела АНА титр 1:200; АМА – отрицательные.

#### **Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность

**КТ ОБП:** оцените состояние печени и селезёнки.



Гистологическое исследование. На снимке изображены дольки и портальные поля. Портальные поля имеют более тёмную окраску, дольки более светлые. Оцените состояние портального поля (инфильтрация?, проникновение инфильтрата в дольку)?



### Ситуационная задача № 10

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной К. 24 лет, обратился в поликлинику по месту жительства с жалобами на повышение температуры тела до 39<sup>0</sup>С, боль в горле, заложенность носа, снижение аппетита.

**Анамнез заболевания:** Заболел остро 11 дней назад, когда появился озноб, температура тела повысилась до 38<sup>0</sup>С. Принимал жаропонижающие средства, температура кратковременно снижалась. В последующие дни состояние не улучшалось, самостоятельно принимал амоксициллин+клавулановую 7 дней – без эффекта.

**Объективно:** При осмотре в поликлинике состояние средней степени тяжести. Температура тела – 39,6<sup>0</sup>С. Кожа влажная, на коже конечностей и туловища пятнисто-папулезная сыпь. Увеличены заднешейные, затылочные, переднешейные, надключичные, подключичные и подмышечные лимфатические узлы до 1,0x1,5 см, плотноэластической консистенции, безболезненные. Отмечается отек слизистой оболочки носа. Слизистая оболочка ротоглотки гиперемирована, миндалины увеличены до первой степени. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, пульс – 98 в минуту. АД – 130/85 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, край печени пальпируется по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул нормальный. Очаговых и менингеальных симптомов нет. При сборе анамнеза стало известно, что пациент несколько лет употребляет инъекционные психотропные препараты. Предварительный диагноз «инфекционный мононуклеоз».

**При лабораторных исследованиях получены следующие данные:**

1. Нв-120 г/л, лейко- $3,2 \times 10^9$ /л, э-3%, п/я-7%, с/я-18%, лимф.-62%, мон.-11%, СОЭ-14 мм/ч.
2. Анализ мочи без патологии.
3. Реакция ИФА на антитела к вирусу Эпштейн-Барр – отрицательная.
4. ДНК ВЭБ методом ПЦР в сыворотке крови не обнаружена.

Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



### Ситуационная задача № 11

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)**

Больной К., 27 лет, военнослужащий, жалуется на боли в правой подвздошной области постоянного характера (ночью нередко просыпается от болей). На этом фоне периодически возникают приступы болей по типу колики. Беспокоит выраженная слабость, снижение массы тела, диарея - стул 3-4 раза в сутки в виде жидкой кашицы, без патологических примесей, обильный. Отмечает повышение температуры до 37,6°C ежедневно, особенно к вечеру.

Заболел 1 год назад, когда внезапно, среди полного здоровья появились интенсивные боли в правой подвздошной области, повышение температуры до 38,0°. Доставлен в приемное отделение, где осмотрен хирургом, диагностирован острый аппендицит. При исследовании крови выявлен лейкоцитоз, пациент взят на операцию. При ревизии обнаружены умеренно рыхлая подвздошная кишка, увеличенные брыжеечные лимфоузлы. Червеобразный отросток умеренно отечен. Произведена аппендэктомия. В послеоперационном периоде появилась гипертермия до 38,5°C, на фоне введения антибиотиков температура снизилась до субфебрильных цифр, однако полностью не исчезла. Боли в правой подвздошной области сохранялись, стали носить тупой постоянный характер. Пациент стал отмечать учащение стула, вначале до 2-х раз в сутки, затем 3-4, каловые массы вначале имели характер густой каши («коровий кал»), затем стали жидкими. В испражнениях периодически появлялись слизь и кровь в небольшом количестве. Постепенно нарастала слабость, за год болезни пациент потерял 6 кг массы тела.

**Объективно:** Пониженного питания, кожа несколько суховата, тургор снижен. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Легкие и сердце без патологических изменений. Пульс 80 уд в мин, АД 110/70 мм рт ст. Язык обложен белым налетом. Живот участвует в дыхании, обычной конфигурации. При пальпации отмечает болезненность в правом нижнем квадранте, здесь же пальпируется уплотненная болезненная слепая кишка и несколько выше раздутые урчащие петли тонкой кишки. На остальном протяжении патологических изменений не выявлено. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: Нв 117 г/л, СОЭ 34 мм/ч, Эр 3,2 x 10<sup>12</sup>/л, L 12,6 x 10<sup>9</sup>/л, э 2, п/я 10, с/я 51, лф 37%.

2. Б\х крови: общий белок 52 г/л, альбумины 55%, глобулины: α1-3,7%, α2 10,0%, β 11,0%, γ 20,3%, билирубин общий 16,4; прямой 3,1; свободный 13,3 ммоль/л, холестерин 3,9 ммоль/л, калий 3,5 ммоль/л (N 3,5–5,3), натрий 142 ммоль/л (N 135-145), ЩФ 310 U/L (N 64-306 U/L).

3. RRS: перианальная область без особенностей; имеются внутренние геморроидальные узлы без признаков воспаления. Осмотрены прямая кишка и сигмовидная, слизистая на всем протяжении без патологических изменений.

4. Ирригоскопия: бариевая взвесь ретроградно заполняет все отделы толстой кишки и подвздошную на протяжении 15-20 см. Заполненный отдел подвздошной кишки ригиден, болезнен при пальпации. В толстой кишке отмечается углубление гаустр и быстрое продвижение бариевой взвеси (дискинезия гипермоторного типа).

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?



6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



#### Ситуационная задача № 12

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)**

Больной Д. 55 лет, начальник автоколонны № 1236. Обратился с жалобами на изжогу после еды, усиливающуюся при наклонах туловища, и в положении лёжа; кислую отрыжку и избыточную саливацию во время сна. Последний месяц отмечает боли в эпигастрии и за грудиной. Для снятия изжоги и болей часто пользуется содой, альмагелем, маалоксом. Описанные жалобы отмечает в течение последних 6 месяцев. В последнее время сода и препараты антацидного действия перестали помогать. Наблюдается с гипертонической болезнью с 53 лет, постоянно принимает кордипин-ретард 20 мг в день. Курит.

**Объективно:** Общее состояние удовлетворительное. Повышенного питания, вес 117 кг.

(ИМТ 45). Кожные покровы телесного цвета. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 17 в минуту. Область сердца без особенностей, перкуторно левая граница сердца по среднеключичной линии. Сердечные тоны ритмичные, частотой 66 в минуту. АД 130/90 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот увеличен за счет подкожной клетчатки, мягкий, безболезненный. Пальпация внутренних органов затруднена из-за абдоминального ожирения. Печень по краю реберной дуги. Пузырные симптомы отрицательные. Зоны Шоффара, Губергрица - Скульского безболезненные.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

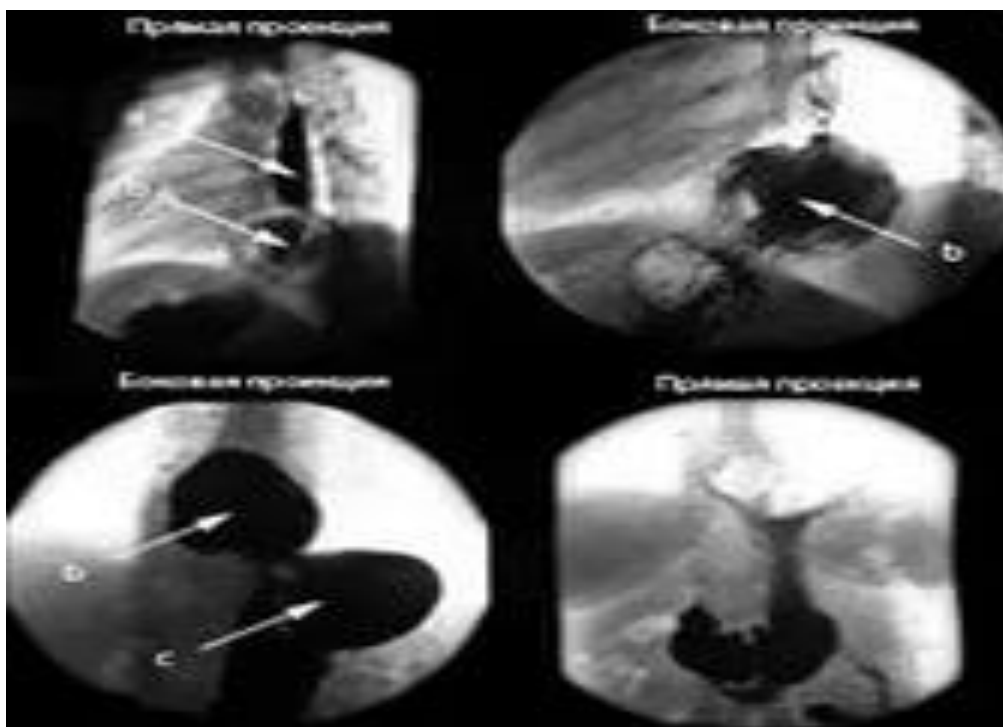
1. Общий анализ крови: Нб 143 г/л, СОЭ 4 мм/час. Эр  $4,2 \times 10^{12}/л$ , L  $8,6 \times 10^9/л$ , э 2, п/я 5, с/я 56, лф 37%.

2. Б/х крови: билирубин общий 16,3 мкмоль/л; прямой 3,6 ммоль/л; АЛТ 21 U/L (N 4-42 U/L); АСТ 17 U/L (5-37 U/L); амилаза крови 16 г/л (12-32 г/л в час).

3. ЭГДС: слизистая нижней трети пищевода умеренно гиперемирована, кардия зияет, при натуживании, в грудную полость пролабирует слизистая желудка; в желудке умеренное количество жидкости, слизь; слизистая желудка и ДПК без особенностей

#### 4.Рентгенография желудка:

(снимки в положении стоя, лёжа, и в боковой проекции)



#### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

#### Ситуационная задача № 13

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная К., 63 г., уборщица. Обратилась с жалобами на дискомфорт в эпигастрии периодически в течение дня после приёма пищи и физической нагрузки, слабость, тошноту на определённые продукты, снижение массы тела на 6 кг в течение года. В течение 3 дней отмечает усиление диспепсии, появление слабости, черный полужидкий стул 1 раз в день. С 40 лет наблюдалась по поводу хронического гастрита. Обострения редкие. Лечилась амбулаторно. Ухудшение самочувствия несколько недель после стресса (смерть мужа).

На пенсии с 50 лет (вредный стаж), с этого возраста работает техничкой. Наблюдается по поводу артериальной гипертензии с 55 лет. Периодически принимает эналаприл. Отец умер от рака желудка в 60 лет.

**Объективно:** Общее состояние легкой степени за счет астенического синдрома. Кожные

покровы бледные, видимые слизистые бледно-розовые, чистые, нормальной влажности. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Вес 57 кг, ИМТ 27,5. Грудная клетка равномерно участвует в дыхании. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, 98 в мин, АД 140/80 мм рт. ст. Область сердца без особенностей, левая граница сердца по среднеключичной линии. Тоны сердца ясные, ритмичные, небольшой акцент 2 тона на аорте. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, чувствительный в эпигастрии. Печень по краю реберной дуги. Пузырные симптомы отрицательные. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

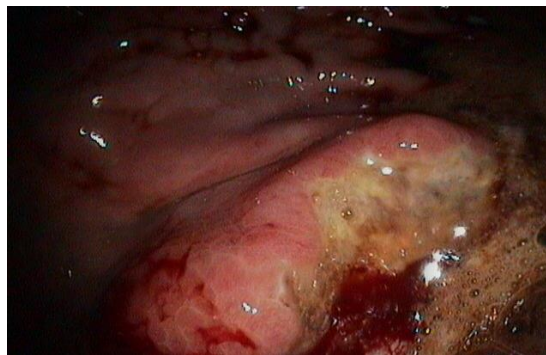
1. Общий анализ крови: СОЭ 6 мм/час. Нв 101 г/л, эритроциты -  $2,9 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты  $4,7 \times 10^9/л$ .

2. Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, рН кислая, уд. вес 1016; белок, сахар - нет, лейкоц. 1-2 в п/зр, эпителий 1-2 в п/зр.; эритроциты, цилиндры, соли - нет.

3. Б/х крови: билирубин общий 8,8 мкмоль/л; прямой 3,6 мкмоль/л, глюкоза 4,3 ммоль/л, общий холестерин 5,9 ммоль/л, АЛТ 21 U/L (N 4-42 U/L); АСТ 17 U/L (5-37 U/L); амилаза крови 15 г/л (12-32 г/л в час).

4. УЗИ органов брюшной полости: Печень: расположена типично, контуры четкие ровные; размеры: косой вертикальный размер (КВР) 138 мм (N до 150 мм), структура диффузно неоднородная, эхогенность обычная. ОЖП 4 мм, (N до 6 мм), сосудистый рисунок не изменен, не деформирован, портальная вена 10 мм (N до 13 мм). Желчный пузырь: расположен типично, контуры четкие ровные, стенка до 3 мм (N 1-3 мм), уплотнена, содержимое однородное, эхонегативное. Поджелудочная железа: расположена типично, контуры четкие ровные, размеры: 20,3-18,7-21,0 мм головка-тело-хвост (N: головка до 30 мм, тело-хвост до 22-25 мм). Структура неоднородная, эхогенность повышена. Вирсунгов проток до 1 мм (N 1-2 мм), кисты и узловые образования не визуализируются.

ЭГДС (рис.1, 2): пищевод свободно проходим, кардия раскрывается ритмично. В желудке слизь, кровь. В теле желудка имеется дефект слизистой, подслизистого слоя и частично мышечного слоя, прикрытый фибрином.



### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

### Ситуационная задача № 14

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)**

Больной А., 29 лет, строитель. Обратился с жалобами на боли в эпигастральной области, больше справа, практически постоянные; изжогу, отрыжку кислым, периодическую рвоту. Стул регулярный без примесей, вес стабильный. Считает себя больным с 22 лет, когда во время службы в армии появились локальные боли в собственном эпигастрии справа, через 1,5 – 2 часа после приёма пищи и изредка ночью. Обследовался в госпитале, установлен гастродуоденит с единичными эрозиями. Принимал омез 2 раза в день, де – нол 2 недели. Самочувствие улучшилось, однако отметил плохую переносимость кислой пищи, соусов. После службы в армии периодически отмечались боли подобно вышеописанному, принимал омепразол, маалокс с положительным эффектом. При контрольных ЭГДС определялись очаги отёка и яркой гиперемии в антральном отделе желудка, здесь же выявлялись единичные эрозии, в ДПК - послеязвенный рубец с единичными эрозиями вокруг.

Последнее обострение в течение месяца, когда вновь появились боли, которые стали носить распространённый характер в собственно эпигастрии и правом подреберье, усилилась изжога, кислая отрыжка. Молочная пища, которая раньше оказывала лечебный эффект перестала помогать. Накануне госпитализации появилась рвота, во время дефекации отметил чёрную окраску кала. Госпитализирован в хирургическое отделение, на ЭГДС продолжающегося кровотечения не обнаружено, взяты мазки на Н.Р. Переведён в гастроэнтерологическое отделение для долечивания.

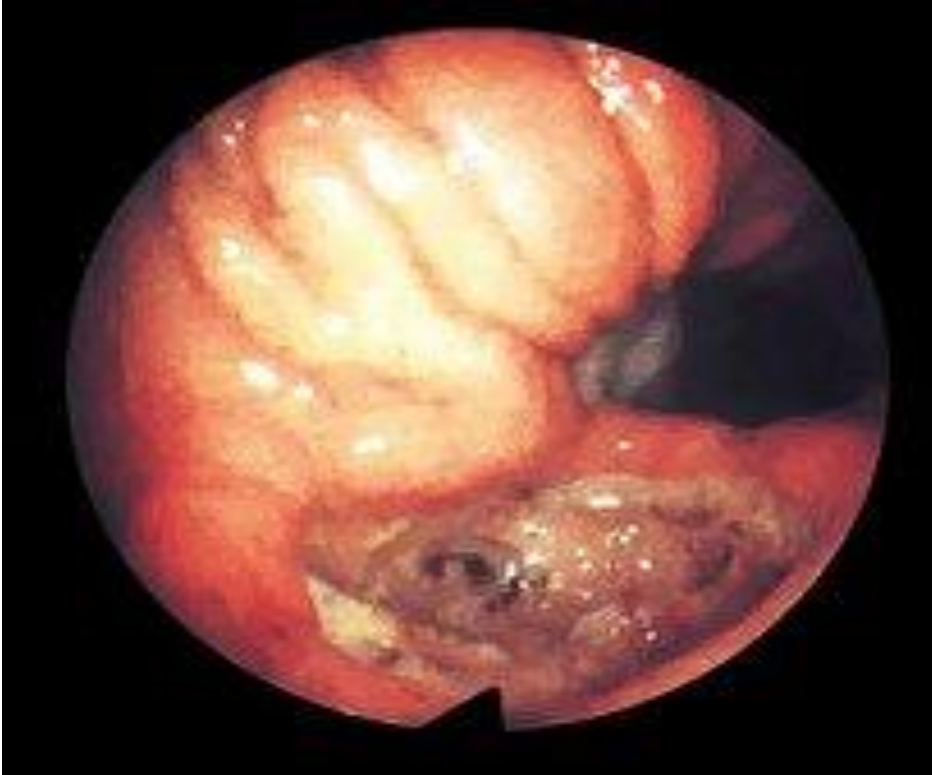
Анамнез жизни: Курит менее 10 сигарет в день более 7 лет. Алкоголь принимает в небольших дозах примерно 1 раз в 2 недели. Родители живы, отец страдает ИБС, мать СД 2 типа, принимает таблетки.

**Объективно:** Общее состояние средней степени за счет болевого, диспепсического синдромов. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски, чистые, нормальной влажности. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка равномерно участвует в дыхании. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, 82 в мин, АД 136/78 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, пальпация умеренно болезненна в пилорoduоденальной зоне. Печень - по краю рёберной дуги. Пузырные симптомы отрицательные. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: Нв 157 г/л., эритроц.  $4,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоц.  $5,3 \times 10^9$ /л., СОЭ 10 мм/ч.
2. Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, рН кислая, уд. вес 1016; белок, сахар - нет, лейкоц. 1-2 в п/зр., эпителий 2 в п/зр, эритроциты, цилиндры, соли - нет.
3. Б/х крови: билирубин общий 18,8 мкмоль/л; прямой 6,5 мкмоль/л, глюкоза 5,2 ммоль/л., общий холестерин 4,2 ммоль/л., АЛТ 20 U/L (N 4-42 U/L); АСТ 17 U/L (5-37 U/L); амилаза крови 15 г/л (12-32 г/л в час).
4. УЗИ органов брюшной полости: Печень: контуры ровные; КВР 140 мм. (норма до 150), структура однородная. ОЖП и портальная вена нормального калибра. Желчный пузырь: контуры ровные, стенка до 3 мм, содержимое однородное. Поджелудочная железа: нормальных размеров, структура однородная, эхогенность нормальная. Проток до 1 мм, кисты, узловые образования не визуализируются.

**ФЭГДС.** Пищевод свободно проходим, слизистая не изменена. Кардиальный жом смыкается плотно. В желудке небольшое количество изменённой крови. В антральном отделе желудка очаги отёка и яркой гиперемии. Слизистая ДПК гиперемирована, отёчна., имеется контактная кровоточивость. Опишите изменения, выявленные в ДПК.



**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**Ситуационная задача № 15**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)**

Больной Ф., 46 лет, менеджер. Обратился с жалобами на учащение стула до 15-20 раз в сутки с примесью слизи и крови преимущественно в предутренние часы, боли в левой подвздошной области, усиливающиеся перед дефекацией, повышение температуры до 38,5<sup>0</sup>С, обильное потоотделение, слабость. Впервые заболел год назад, появилось учащение стула с примесью слизи до 5-6 раз в сутки. В дальнейшем стал отмечать жидкий стул, увеличилось количество слизи, и появилась свежая кровь в кале. Одновременно с этим стала повышаться температура, вначале до 37,5, затем до 38,5. В поликлинике был установлен диагноз «хронический колит», без подтверждения этиологии лечился смектой, бифиформом без эффекта. Был добавлен эрсефурил, после чего состояние улучшилось, боли значительно уменьшились и отмечались только перед дефекацией. Стул до трёх раз в

сутки, оформленный или в виде густой каши, кровь исчезла, количество отделяемой слизи значительно уменьшилось. Лечение прекратил, принимал только ферменты: мезим, креон. Ухудшение 2 недели назад, когда вновь появились боли, диарея до 8-10 раз в сутки со слизью и кровью. Температура нарастала постепенно до 38,7. Отмечал общую слабость, мышечную и суставную боль, головокружение.

С 40 лет страдает псориазом, с 43 – стойкая ремиссия после лечения.

**Объективно:** Общее состояние средней степени тяжести, обусловлено диареей, кишечной диспепсией, интоксикацией. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, нормальной влажности. Вес 58 кг, рост 178 см. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка равномерно участвует в дыхании. В лёгких перкуторно и аускультативно патологии не выявлено. Пульс ритмичный, 96 в мин, АД 130/80 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, при пальпации болезненный в левой подвздошной области, где определяется утолщенная сигмовидная кишка, при смещении болезненность резко усиливается. Печень по краю рёберной дуги. Пузырные симптомы отрицательные. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: Hb 85 г/л., эритроциты  $2,7 \times 10^{12}$ /л., лейкоциты  $19,3 \times 10^9$ /л, СОЭ 45 мм/ч.

2. Б/х крови: билирубин общий 18,8 мкмоль/л; прямой 6,5 мкмоль/л, глюкоза 5,2 ммоль/л, общий холестерин 5,3 ммоль/л, АЛТ 40 U/L (норма 4-42 U/L); АСТ 35 U/L (5-37 U/L); амилаза крови 28 г/л (12-32 г/л в час); фибриноген 2,5 г/л., сывороточное железо 2,0 мкмоль/л (норма 10,6-28,3 мкмоль/л).

3. Копрограмма: скопление в полях зрения большого количества лейкоцитов, эритроцитов; мышечные волокна ед. в поле зрения; крахмал – большое количество, нейтральный жир небольшое количество, бактерии большое количество; йодофильная флора +.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**Фиброколоноскопия:** осмотр до купола слепой кишки. Слизистая кишечника на всём протяжении отёчна, гиперемирована, контактно кровоточит. В просвете кишки мутная слизь с гноем и прожилками крови. Из всех отделов толстой кишки взята биопсия.

Какие изменения ещё можно выявить на представленном снимке? Что означают белые узелковые образования и темно красные? На чём основана достоверная диагностика заболевания?





### Ситуационная задача № 16

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной М., 36 лет, аппаратчик на химическом производстве. Обратился с жалобами на тупые боли в левом подреберье после обильной пищи, а также жирной, жареной, острой, копченой. Беспокоит вздутие живота после приёма любой пищи, даже диетической. Периодически отмечает подташнивание. Стул кашицеобразный, трудносмываемый, иногда с фрагментами непереваренной пищи. Отмечает снижение массы тела (похудел за год на 13 кг). Считает себя больным более 20 лет, беспокоили давящие боли в эпигастральной области, больше слева, особенно после погрешности в диете и приема алкогольных напитков. Периодически боли усиливались до интенсивных, один из таких эпизодов закончился госпитализацией хирургическое отделение, где был установлен диагноз: острый панкреатит. Во время болезни похудел на 3 кг, после выписки вес не набрал. В последующем, на фоне исключения приёма спиртного, боли возникали значительно реже, но стали беспокоить вздутие, учащение стула, понос или кашицеобразный стул. В течение последнего года отмечает ухудшение: снизился аппетит, резко похудел, появилась слабость, не мог выполнять привычную нагрузку.

Курит более 10 сигарет в день с 20 лет. Химический стаж с 23 лет (контакт с растворителями).

**Объективно:** Общее состояние удовлетворительное. Нормостеник. Пониженного питания, подкожная клетчатка слабо выражена. Рост 178 см, вес 60 кг. На коже груди и

живота единичные мелкие ярко-красные пятна округлой формы, размером 1-3мм, не исчезающие при надавливании. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка равномерно участвует в дыхании. Перкуторно и аускультативно в лёгких патологии не выявлено. Пульс ритмичный, 72 в мин, АД 136/78 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, поверхностная пальпация безболезненна. Пальпируется сигмовидная кишка, без урчания, в поперечнике 4 мм. Остальные петли кишечника не пальпируются. Околопупочная область безболезненна, выраженное урчание при пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Пузырные симптомы (Керра, Мерфи, Ортнера) отрицательные. Слабо болезненна зона Губергрица-Скульского, точка Мейо-Робсона передняя. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: Нв 157 г/л, СОЭ 10 мм/час. Эр  $4,9 \times 10^{12}$ /л, L  $5,3 \times 10^9$ /л.,
2. Б/х крови: билирубин общий 18,8 мкмоль/л; прямой 6,5 мкмоль/л, глюкоза 7,2 ммоль/л (N 3.3-5.5 ммоль/л); общий холестерин 6,0 ммоль/л, АЛТ 37 U/L (N 4-42 U/L); АСТ 31 U/L (5-37 U/L); амилаза крови 15 г/л (12 – 32 г/л в час);
3. Копрограмма: р-ция на скрытую кровь - отриц., лейкоц. - не обн, эритроц. – не обн; мыш. волокна полуперевар. +++; нейтр. жир +++; мыла +; клетчатка перевар. ++; перевар. крахмал внеклет. ++, внутриклет. ++
4. Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, рН кислая, уд. вес 1016; белок, сахар - нет, лейкоц. 1-2 в п/зр., эпителий-2 в п/зр., эритроциты, цилиндры, соли - нет.
5. Кал на панкреатическую эластазу: 90 мкг/г (N более 200 мкг/г)
6. УЗИ органов брюшной полости: Печень: размеры в норме, структура диффузно неоднородная, эхогенность повышена. Желчный пузырь: расположен типично, контуры четкие ровные, стенка до 3 мм, содержимое однородное. Поджелудочная железа: расположена типично, контуры четкие ровные, размеры: 20,3-18,7-19,0 мм головка-тело-хвост (N: головка 23-28 мм, тело 15-25 мм, хвост 20-25 мм), структура неоднородная, эхогенность повышена, в проекции тела отмечаются множественные кальцинаты, проток до 1 мм, кисты, узловые образования не визуализируются.
7. ЭГДС: пищевод проходим, кардия смыкается плотно. Складки желудка обычных размеров, в антральном отделе очаги гиперемии. Луковица ДПК не изменена. БДС - в типичном месте, диаметр 0,4 см. слизистая над ними не изменена, желчь поступает мелкими порциями, продольная складка не напряжена.

Хелик-тест на Н.р. отрицательный.

**МСКТ:** Укажите наиболее вероятную причину изменений поджелудочной железы.





### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

### Ситуационная задача № 17

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)**

Пациент К, 32 лет, педагог, жалуется на распирающие в грудной клетке после еды, отрыжку, срыгивание только что съеденной пищей (не кислой), жжение за грудиной; самопроизвольное вытекание пищи ночью на подушку, ночью кашель приступообразного характера, похудание на 5 кг за последний год.

Болен в течение 6 лет: вначале отметил затруднение глотания при приеме напитков, затем стали трудно проходить хлеб, мясо, овощи; приходилось запивать эту пищу большим количеством жидкости. Для улучшения глотания запрокидывал голову назад, делал усиленные глотательные движения. Последние 2 мес. стало трудно глотать жидкую пищу, жидкости, особенно холодные. Со слов жены, по ночам пациент периодически закашливается, и порой будит ее своим кашлем. Утром последнее время подушка мокрая: самопроизвольное вытекание пищи, съеденной вечером. Боли в груди носят распирающий характер, возникают после еды; изжогу пытался снимать приемом омепразола – без эффекта. За последние 6 мес. болезни потерял 4,5 кг. По поводу ночного кашля обращался к пульмонологу, заподозрен диагноз хронического бронхита.

**Объективно:** пониженного питания, подкожная клетчатка развита крайне слабо,

умеренная атрофия мышц. Кожа бледная, чистая, очень сухая, шелушится. Слизистая полости рта без видимых налетов, обычной окраски, запах изо рта отсутствует. Легкие: дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердце: тоны ясные, ритмичные. Границы сердца: правая – правый край грудины, верхняя - II межреберье слева, левая – левая среднеключичная линия. АД 120/80 мм рт ст. Живот активен в дыхании, в эпигастрии умеренно чувствителен. Печень по краю реберной дуги Пузырные симптомы отрицательные. Отделы кишечника не пальпируются, селезенка пальпаторно не определяется.

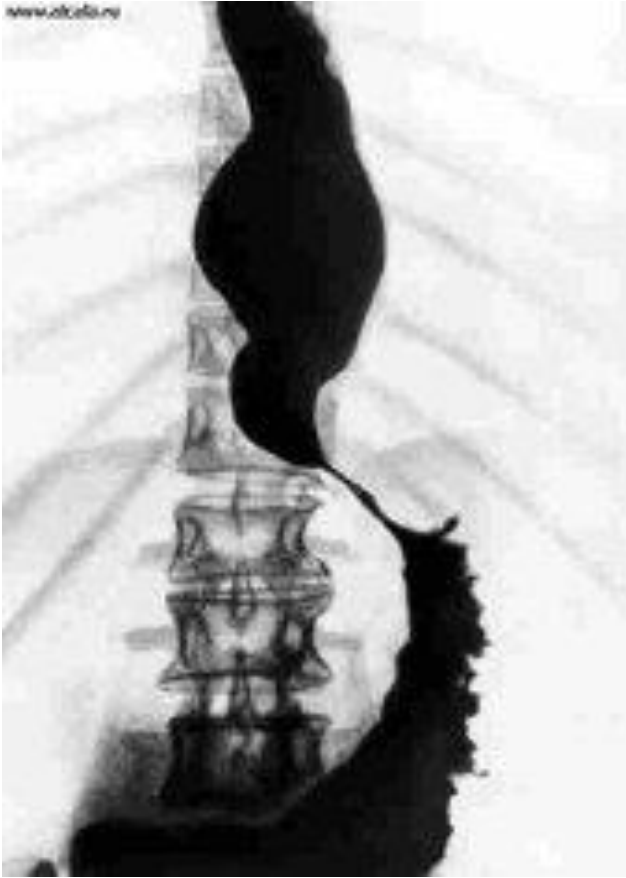
**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: Нб 100 г/л, СОЭ 4 мм/час . Эр  $3,2 \times 10^{12}$ /л, L  $8,6 \times 10^9$ /л, э - 1, п/я - 0, с/я - 69, лимф. - 22, мон. - 8%.
2. Общий анализ мочи: желт, прозр., уд. вес 1025, лейкоц. – ед. в п/зр,
3. Б/х крови: общий белок 60 г/л; альбумины 48%, глобулины: альфа1 – 3,5%, альфа2-15,0%, бета - 8,0%, гамма-25,5%, билирубин общий 19 мкмоль/л, (N 5-20 ммоль/л), прямой 4,7 мкмоль/л, непрямой 14,3 мкмоль/л, холестерин 3,9 ммоль/л, АЛТ 36 (N 4-42 U/L); АСТ 28 U/L (N 5-37 U/L); амилаза 12 г/л час. (N 12-32 г/л час)
5. Копрограмма: нейтр жир ед, мыш волокна – не обн, лейкоц – не обн, эр – не обн, бактерии- большое кол-во.
6. ЭГДС: дистальный отдел пищевода сужен, остальные – расширены. Складки слизистой пищевода прослеживаются на всем протяжении, сглажены, слизистая истончена. Фиброскоп с большим трудом проведен в желудок, где определяется неизменная слизистая. При раздувании желудка воздухом ригидности стенок не выявлено.
7. Пищеводная манометрия: давление в области нижнего пищеводного сфинктера 56мм рт. ст. (норма 35мм рт. ст.), расслабление его не полное, определяются низкоамплитудные синхронные ретроградные волны после каждого глотка воды.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**Rg-скопия и графия пищевода и желудка:** дистальный отдел пищевода имеет четкие ровные контуры, здесь же прослеживаются две тонкие складочки на всем протяжении. Отсутствует газовый пузырь желудка. Барий поступает в желудок через 5 минут от начала исследования очень небольшими порциями. Какие еще изменения выявляются на представленной рентгенограмме?



### Ситуационная задача № 18

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)**

Больная К., 52 лет, бухгалтер, образование высшее экономическое. Жалобы на постоянную боль в правом подреберье, иррадиирующую под правую лопатку, усиливающуюся при физической нагрузке. Периодически боль распространяется в область сердца. Отмечает отрыжку, преимущественно горькую, поташнивание особенно после погрешности в питании. С появлением боли стала повышаться температура до 37,5. В течение трех лет отмечает временами боли в правом подреберье от тупых давящих до интенсивных приступообразных. Указанные боли иррадиировали в прекардиальную область, больная обследовалась у кардиолога – заболеваний ССС не выявлено. Плохо переносит жирную, жареную, острую и копченую пищу. Периодически боли сопровождаются отрыжкой, снижением аппетита. Указанные клинические явления снимались но – шпой. Повышение температуры впервые возникло в последнее обострение.

**Объективно:** Общее состояние ближе к средней тяжести. Имеется избыточная масса тела. Рост 160 см., масса тела 92 кг. Кожа и слизистые нормальной окраски. Печеночных ладоней, сосудистых звездочек нет. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Т 37,8С. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, ЧСС 86 в мин. АД 125/80 мм. рт. ст. Живот болезнен в правом подреберье и собственно эпигастрии, печень на 1 см. ниже края реберной дуги, край печени закруглён. Положительные симптомы Кера.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: Нв 124 г/л, СОЭ 28 мм/час, Эр  $4,5 \times 10^{12}$ /л, L  $11,3 \times 10^9$ /л, э-2% п/я-

8%, с/я-59%, Л-28%, М-3%.

2. Б/х крови: билирубин общий 20,1 мкмоль/л, прямой 4,7 мкмоль/л, общий белок 78 г/л, глюкоза 4,5 ммоль/л; холестерин 6,0 ммоль/л, АЛТ 36 (N 4-42 U/L); АСТ 28 U/L (N5-37 U/L); ЩФ 298 U/L (N 64- 306 U/L), ПТИ 82%, фибриноген 4,8 г/л.

3. Общий анализ мочи: уд вес 1026, коричн, прозр, эр, L - единичные в п/зр, желчные пигменты отсутствуют.

4. ЭКГ: без особенностей.

#### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).

2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?

3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.

4 Составьте программу лечения.

5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?

6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**УЗИ печени и желчевыводящих путей:** печень несколько увеличена в размерах, КВП правой доли 160 мм (норма до 150 мм), структура неоднородная, повышенной эхогенности. Оцените структуру жёлчного пузыря?



### Ситуационная задача № 19

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной М., пенсионер, 78 лет, поступил с жалобами на чёрный стул, нарастающую слабость, умеренное головокружение.

Около 3 недель назад отметил неприятные ощущения в груди при физической нагрузке, в связи с чем была проведена катетеризация коронарных сосудов. Выявлена ИБС с поражением двух магистральных сосудов. Через неделю проведено стентирование, назначен аспирин 325 мг/сут и клопидогрел 75 мг/сут. На 6-й день отметил чёрный стул и лёгкую слабость. Второй эпизод чёрного стула случился за 6 ч до поступления, слабость стала прогрессировать.

В анамнезе язвенную болезнь и кровотечения из желудочно-кишечного тракта отрицает. У пациента имеется артериальная гипертония, по поводу которой получает конкор 5 мг и гидрохлортиазид 25 мг. В связи с болями в суставах 3-4 раза в неделю принимал ибупрофен или напроксен. Наследственность отягощена: имеются факторы риска к ИБС и СД. Курить бросил 42 года назад, алкоголь употребляет редко.

**Объективно:** Нормального питания, имеется бледность кожных покровов, склеры нормальной окраски. В лёгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца: левая – по левой средне-ключичной линии, остальные – в норме. Ширина сосудистого пучка 9 см. Тоны ритмичные, 86 уд/мин. АД 120/70 мм рт.ст. Язык влажный, слегка обложен белым налётом. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень по краю рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Кишечник: определяется сигмовидная кишка нормальных параметров. Ректально – ампула прямой кишки заполнена каловыми массами, на перчатке кал чёрного цвета, реакция на скрытую кровь положительная.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

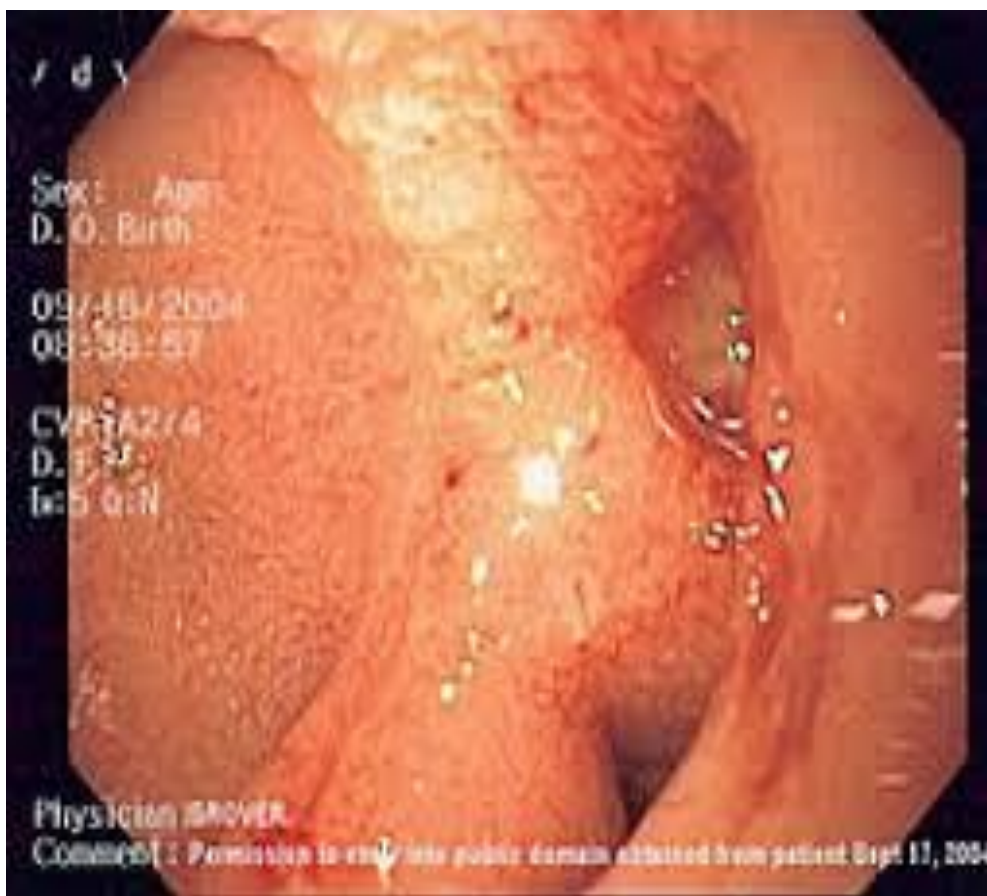
1.Общий анализ крови: Нб 98 г/л, эритроциты  $3,7 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты  $9,5 \times 10^9/л$ , гематокрит 31 % (N 40-48 %).

2.Б/х крови: общий белок 70 г/л, альбумины 36 г/л, билирубин общий 20 мкмоль/л, прямой 4,3 мкмоль/л, сывороточное железо 8 мкмоль/л (N 10,6-28,3 мкмоль/л).

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

ЭГДС: слизистая пищевода без патологических изменений, кардиальный жом смыкается полностью. На снимке представлен антральный отдел желудка. Укажите какие изменения здесь имеются, для какого поражения они характерны?



## Ситуационная задача № 20

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной К., 38 лет, преподаватель начальной школы обратился с жалобами на кашицеобразный стул, временами жидкий пенистый до 6-7 раз в сутки, обильный, зловонный. Похудел за последний год на 9 кг. Отмечает нарастающую слабость, снижение работоспособности, периодически головокружение, мелькание «мушек» перед глазами. Отмечает боли в костях и суставах, которые стали настолько выраженными, что больному трудно передвигаться.

С детских лет неустойчивый стул с тенденцией к поносам и кашицеобразному стулу 2-3 раза в сутки особенно после употребления в пищу хлеба, выпечки, некоторых каш. Обследовался в стационаре. Диагностирован хронический панкреатит, лечился ферментами и спазмолитиками, которые оказывали кратковременный эффект. Принимал антидиарейные: смекта, имодиум, препараты кальция, альмагель – без эффекта. При росте 175 см масса тела 58 кг. Боли в костях беспокоят около 10 лет. В последние 2 года стал ощущать боли в суставах.

Ухудшение в последний год, когда постепенно возросла частота стула, особенно жидкого, стала нарастать слабость, боли в костях и суставах, снижение массы тела.

**Объективно:** Пониженного питания, кожа бледная сухая, шелушится, пигментирована в местах сгибания. Чувствительность нижних конечностей нарушена по типу «носков». Язык умеренно обложен сероватым налетом. Сосочки языка сглажены, в углах рта трещины. Положительный симптом «мышечного валика». Живот подвздут, безболезненный во всех отделах. Пальпируется сигмовидная кишка в виде плотного тяжа, смещаемая, не урчит. Другие отделы кишечника пальпировать не удается. Печень нормальных размеров у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: Нв 83 г/л., СОЭ 14 мм/час., Эр  $3,2 \times 10^{12}$ /л., L  $9,6 \times 10^9$ /л, э-2, п/я-5, с/я-56, Л-37%.

2. Б/х крови: общий белок 50 г/л, альбумин 26,0 г/л, глюкоза 3,0 ммоль/л, холестерин 3,0 ммоль/л, сывороточное железо 8 мкмоль/л (N10,6-28,3 мкмоль/л), калий 3,0 ммоль/л (N 3,5-5,5), Na 135 ммоль/л, Cl 92 ммоль/л (N 95-107), Ca 1,32ммоль/л (N 2,15-2,50), Mg 0,45ммоль/л (N 0,8-1,2), АЛТ 15 (N 4-42 U/L); АСТ 10 U/L (N5-37 U/L); ЩФ 278 U/L (норма 64- 306 U/L ПТИ 82%, фибриноген 2,8 г/л., глюкоза - 3,1 ммоль/л., креатинин 0,09 ммоль/л.

3. Копрограмма: утренняя порция 450 г, консистенция жидкой каши, нейтральный жир +++ , жирные кислоты +++, мыла жирных кислот +++.

5. Рентгенограмма обеих голеней и бедер – остеопороз.

6. ЭГДС: в двенадцатиперстной кишке сглаженный рельеф слизистой. Кишка неравномерно расширена. Из дистальных отделов ДПК взята биопсия.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).

2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?

3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.

4 Составьте программу лечения.

5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?

6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



**Эндоскопическая и гистологическая картина кишечника.** Укажите, на каких снимках, и какие патологические изменения имеются?



### Ситуационная задача № 21

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Пациентка Н., 58 лет инженер проектно-сметного отдела строительной фирмы. В течении многих лет у больной наблюдались внезапно возникающие приступообразные боли в правом подреберье с иррадиацией под правую лопатку и в правое надплечье. Вначале боли снимались таблетками но-шпы, затем инъекциями платифиллина с папаверином. Три года назад впервые после приступа возникла желтуха, оперирована, удалён жёлчный пузырь, выполнена папиллосфинктеротомия. После операции в течении 6 месяцев состояние было удовлетворительным, в дальнейшем появилась тяжесть в правом подреберье, почти постоянного характера, стала отмечать субфебрилитет 37,0-37,1. Принимала УДХК и при появлении температуры - юнидокс солютаб коротким курсом 3-4 дня. В последние 2 мес. появились отчётливые боли и периодически темнела моча. Три дня назад боли стали носить приступообразный характер, температура повысилась до 38,0, появилась явная желтуха. Температура держалась 2-4 часа, затем снижалась до



субфебрильной, повышение температуры сопровождалось ознобами, а снижение проливной потливостью. Подобные эпизоды повторялись ежедневно, температура повысилась до 39,8-40°, желтуха нарастала, бригадой СМП доставлена в областной печёночный центр.

**Объективно:** Состояние ближе к тяжелому. Кожа и слизистые желтые. Язык густо обложен серо-желтым налетом. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные 58 в мин, АД 120/70 мм рт ст. Живот болезненный в правом подреберье и правом мезогастррии. Печень: нижний край выступает на 3-4 см из подреберья, поверхность ровная, гладко-эластичная, край ровный, при пальпации печень болезненна.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: эр.  $3,7 \times 10^{12}/л$ , Нв 127г/л, Л- $15,5 \times 10^9/л$ , э-1, п/я-12, с/я-60, лф.-20, мон.-7%.
2. Общий анализ мочи: цвет пива, уд вес 1025, лейкоц.- ед. в п/зр, эритроц. - отсут., желчные пигменты ++.
3. Б/х крови: общий белок 65г/л, билирубин общий 82 мкмоль/л, прямой 67 мкмоль/л, непрямой 15 мкмоль/л, АЛТ 86 U/L (N 4-42 U/L); АСТ 75 U/L (N 5-37 U/L); амилаза крови 21 г/л (N 2-32 г/л в час), ЩФ 620 U/L (N 64- 306 U/L),
4. Копрограмма: нейтральные жиры – ед, измененные мышечные волокна – ед, мыла жирных кислот – большое кол-во, жирные кислоты – большое кол-во.
5. УЗИ: печень увеличена в размерах, КВР 170 мм. (норма 150), левая доля 96 (норма 70),
6. Выполнена РХПГ.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



Оцените состояние протоков, определите наличие патологии?

## Ситуационная задача № 22

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная 30 лет, менеджер. Обратилась к участковому терапевту с жалобами на ноющие боли в подвздошных областях, больше слева в течение дня, уменьшаются после дефекации; чувство распирания в животе, метеоризм. Стул ежедневный, малыми порциями «бобовидный». Нет чувства полного опорожнения кишечника. Слабость утомляемость, нарушение сна. Описанные жалобы в течение 4 месяцев. Связывает с устройством на новую работу.

Единственный ребенок в семье. Росла и развивалась соответственно возрасту. Вирусные гепатиты отрицает. Речную рыбу не употребляет. Травм, операций не было. Заболевание кишечника у бабушки по материнской линии. Аллергологический анамнез спокоен.

**Объективно:** Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы телесного цвета. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в мин. Сердечные тоны ритмичные, частотой 72 в минуту. АД 120/80 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий безболезненный. При глубокой пальпации определяется спазмированная сигмовидная кишка, умеренно чувствительная. Печень по краю реберной дуги. Пузырные симптомы отрицательные.

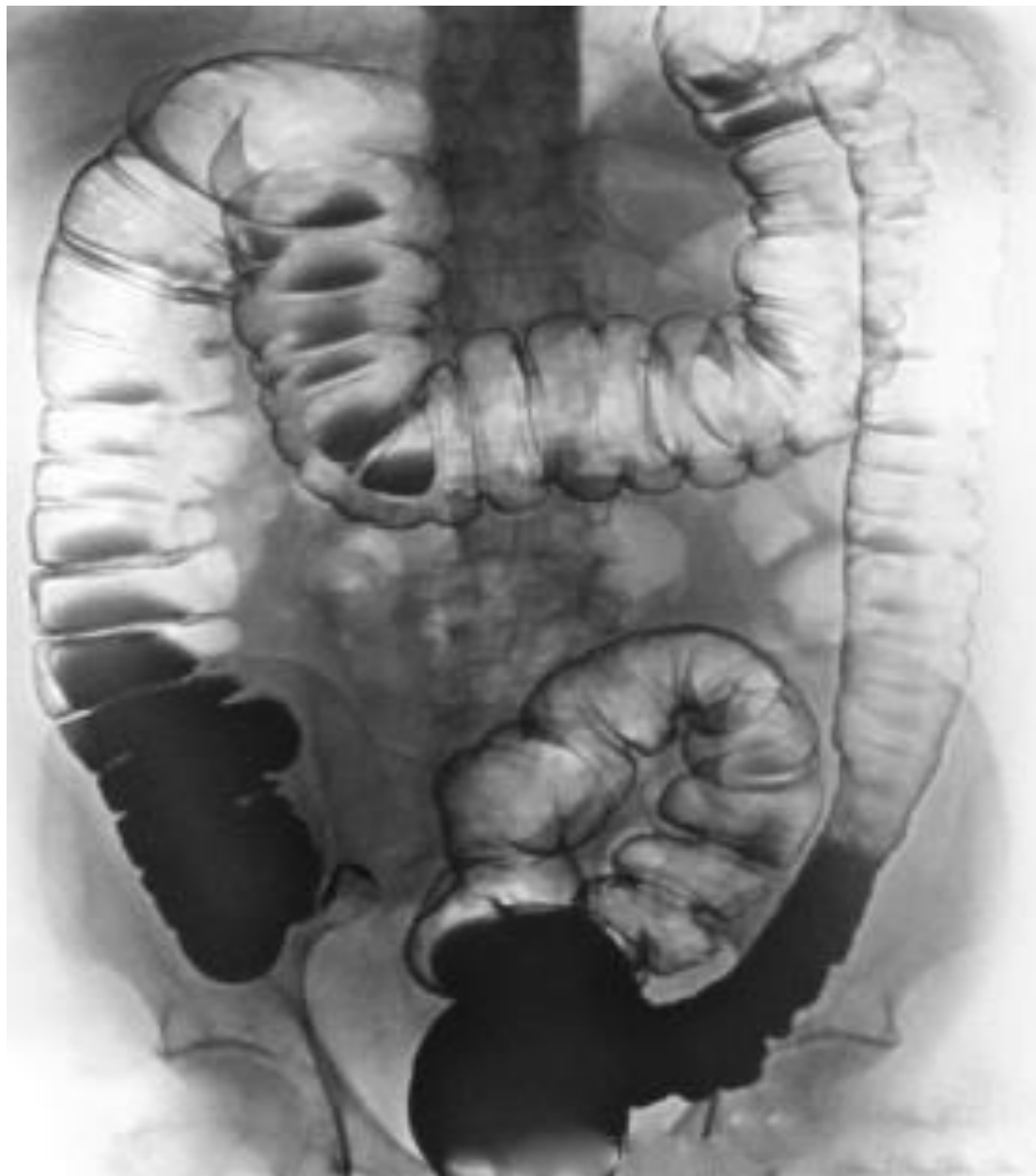
**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: Нв 134 г/л, лейкоциты 4.2-10 9/л, СОЭ – 5 мм/час.
2. Б/х крови: общий белок 70 г/л., альбумины 37 г/л., глобулины:  $\alpha_2$  8%,  $\gamma$  19%, билирубин общий 16,3 мкмоль/л, прямой 3.6 мкмоль/л; АЛТ 21 U/L (N 4-42 U/L); АСТ 17 U/L (5-37 U/L); амилаза крови 16 г/л (12-32 г/л в час).
3. Копрограмма: эритроциты и лейкоциты отсутствуют, мышечные волокна и нейтральный жир не обнаружены, крахмал +, умеренное количество бактерий. Кал на дизентерию, сальмонеллёз и тифо- паратифы – результат отрицательный. Описторхии в кале не обнаружены.
4. Ректороманоскопия: Осмотрено 20 см. Слизистая розовая, без особенностей.

### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**Ирригоскопия:** бариевой взвесью заполнены все отделы толстой кишки, контуры её ровные, при опорожнении барий остаётся в слепой кишке и частично в сигмовидной. Что выявлено при раздувании воздухом в толстой кишке?



### Ситуационная задача № 23

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная С., 23 года, преподаватель средней школы, жалуется на боли в собственно эпигастрии натошак; тяжесть и распирающие в этой же области после еды независимо от объёма и качества пищи. Отмечает периодически тошноту натошак и в течение часа после приёма пищи, отрыжку воздухом или кислым, 1-2 раза в неделю отмечает умеренно выраженную изжогу.

Больна около 4-х лет, за врачебной помощью не обращалась, принимала соду, альмагел, гастрал с кратковременным эффектом. Ухудшение в последние полгода, когда стали чаще возникать тошнота, отрыжка, усилились боли. В последние 2 недели из-за тощаковых болей принимала пищу каждые 1-1,5 часа.

Питается нерегулярно, последние полгода пища в основном молочная, мясо 1-2 раза в неделю. У матери и бабушки по материнской линии хронический гастрит.

**Объективно:** Рост 156 см, масса тела 72 кг. Кожа и слизистые без патологических изменений. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости в норме. Тоны ритмичны, ясные, ЧСС 76 в мин. АД 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, умеренно болезненный в подложечной области. Уплотнений и объёмных образований не выявляется. Печень по краю рёберной дуги. Пузырные симптомы отрицательны. Селезёнка не пальпируется.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: Нв 132 г/л, эритроц.  $3,9 \times 10^{12}/л$ , лейкоц.  $7,8 \times 10^9/л$  эоз. 3%, с/я 50%, лимф. 40%, моноц. 7%.

2. Б/х крови: общий белок 80 г/л, альбумины 55%, глобулин:  $\alpha_1$  3,9%,  $\alpha_2$  8,3%,  $\beta$  12,1%,  $\gamma$  20,9%, холестерин 4,0 ммоль/л, калий 3,9 ммоль/л, билирубин общий 17,6, прямой 3,9 мкмоль/л, сывороточное железо 15,6 мкмоль/л, АСТ 29 (N 5-37) U/l, АЛТ 31 (N 4-42) U/l, ЩФ 152 (N 64-306) U/l, ПТИ 86%, фибриноген 2,9 г/л, амилаза крови 1,8 (12-32) мг/мл в ч.

3. ЭГДС: слизистая пищевода не изменена, кардиальный жом открывается ритмично, зубчатая линия (см. иллюстрацию). Взятые мазки-отпечатки и биопсия из антрального отдела и тела желудка.

4. Н.Р. – отрицательно. Морфологических изменений слизистой оболочки не выявлено.

5. Копрограмма: реакция нейтральная, нейтральный жир, мышечные волокна, крахмал отсутствуют.

6. УЗИ: печень нормальных размеров, структура однородная, нормальной эхогенности. Желчный пузырь: стенка 2 мм, содержимое однородное; холедох 5,5 мм, просвет свободный. Селезёнка 42 см<sup>2</sup>, однородная. ПЖЖ нормальных размеров, структура и эхогенность не изменена.

#### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

### Ситуационная задача № 24

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная А., 30 лет продавец цветочного магазина жалуется на резкую слабость, головную боль, головокружение, непродуктивный сон, апатию, снижение когнитивных функций. Беспокоит вздутие живота, повышенное газообразование, отрыжка воздухом. Болевой синдром имеет тенденцию к прогрессированию, боли в правом подреберье, распирающего характера без иррадиации. Также появились и нарастают отёки нижних конечностей, особенно стоп. Уменьшился диурез и стал увеличиваться в размере живот, последние 3 месяца отсутствуют месячные.

4 месяца тому назад оперирована по поводу геморрагического панкреонекроза и разрыва правого яичника (резекция яичника, дренирование сальниковой сумки, санация брюшной полости). Во время операции обнаружено увеличение печени, ее неровный край и неравномерная структура, биопсия не выполнялась и изменения печени не шифровались, рекомендовано обследование после операции. В анамнезе потребление алкоголя. После выписки рекомендуемое лечение не принимала, продолжала употреблять алкогольные напитки и нарушать диету. Через месяц после операции почувствовала дискомфорт в животе, особенно в эпигастральной области, затем появилось давление в этой области, в последующем отчетливая боль, которая нарастала и в последнее время стала нестерпимой (принимала кеторол). Одновременно с болью появились отеки, они так же нарастали, особенно на стопах и распространились на все нижние конечности. Живот увеличился в объеме, диурез уменьшился. Стала повышаться температура до 38,5-39°. Лечилась по месту жительства без эффекта, направлена в областной печёночный центр.

**Объективно:** сознание ясное, походка шаткая, неуверенная из-за резкого отёка нижних конечностей. Кожа желтушная, пятнистая гиперемия тенора и гипотенора. Вены передней брюшной стенки расширены. ЧСС 88 уд/мин, АД 110/70 мм рт.ст. тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот увеличен, определяется уровень жидкости, резко болезнен во всех отделах, особенно в эпигастральной и мезогастральной областях, где пальпируется значительно увеличенная выступающая из подреберья на 25 см. справа и настолько болезненная печень, что больная не давала врачу прикоснуться к животу. Через неделю печень выступает на 15 см. ниже рёберной дуги.

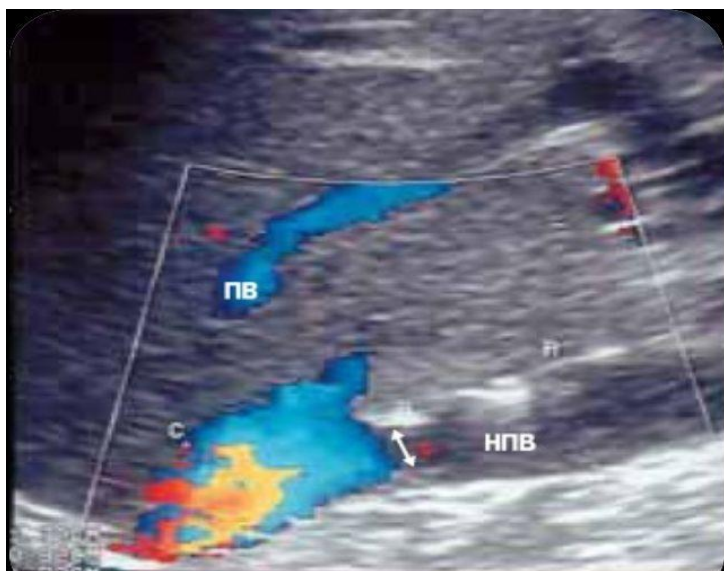
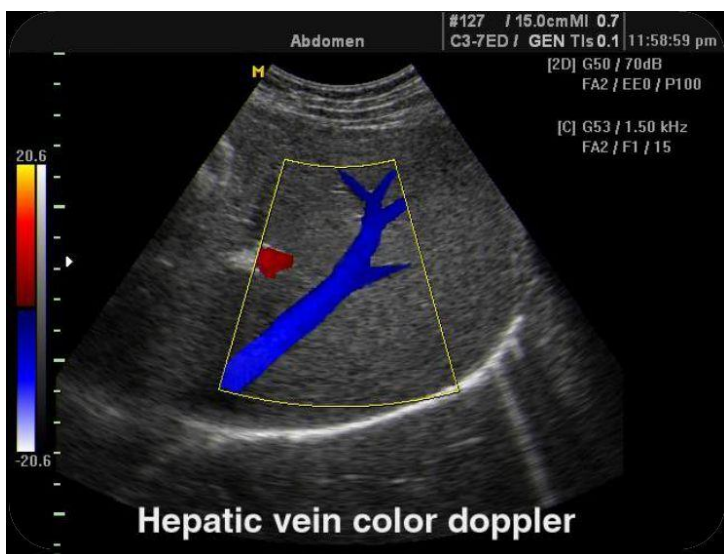
**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: СОЭ 65 мм/час, Нв 81 г/л., L  $23,8 \times 10^9$ /л., Э  $2,4 \times 10^{12}$ /л.
2. Б/х крови: общий белок 76 г/л, альбумины 25,3 г/л., гамма-глобулин 39%., общий билирубин 97,1; связанный 67 мкмоль/л., АЛТ 76,9 U/L (норма 4-42 U/L); АСТ 122 U/L (5-37 U/L); ГГТП 194 U/L, (норма 7 - 64 U/L), ПТИ 56%.
3. ЭГДС: Пищевод свободно проходим, в нижней трети варикозно расширенные венозные стволы.
4. УЗИ: печень пр.д. 196 мм (N до 150), л.д. 142 мм (N до 70), контуры неровные, структура неоднородная, пониженной эхогенности. Селезёнка  $70 \text{ см}^2$ , следы жидкости в брюшной полости.
5. Допплеровское УЗИ: отсутствие визуализации кровотока в средней и правой печеночных венах (тромбоз?)

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

Допплеровское УЗИ: определите изменения на одной из иллюстраций?



### Ситуационная задача № 25

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Пациент Г., 48 лет, доставлен в бокс приемного отделения инфекционной больницы 29.03.2020 специализированной бригадой СМП с жалобами на лихорадку до  $38,5^{\circ}\text{C}$ , озноб, слабость, частый сухой кашель, затруднение дыхания.

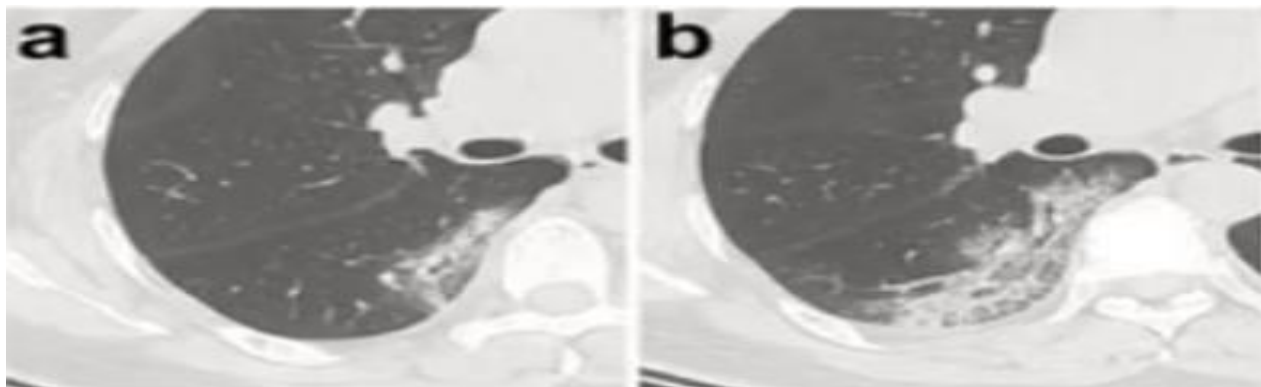
**Анамнез заболевания:** Известно, что 10 дней назад вернулся из путешествия по Италии. Находился на 14-ти дневном карантине в домашних условиях. Проживает один, хронические заболевания и вредные привычки отрицает. 4 дня назад впервые повысилась температура до  $37,2^{\circ}\text{C}$ , появились недомогание, першение в горле, редкий сухой кашель. Участковым терапевтом организовано обследование на коронавирусную инфекцию. Из глоточной слизи - детекция РНК SARS-CoV-2 методом ПЦР. Установлен диагноз: новая коронавирусная инфекция COVID-19. Назначена терапия – оральная регидратация, парацетамол. Продолжал лихорадить, в последние сутки кашель стал чаще, сухой, появилось чувство затруднения дыхания, в связи с чем, госпитализирован.

**Объективно:** рост 178 см, вес 79 кг, Т  $38,2^{\circ}\text{C}$ , ЧД 25 в мин, ЧСС 90 в мин, АД 125/80 мм.рт.ст., SpO<sub>2</sub> 95%. Частый сухой кашель. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, чистые, удовлетворительной влажности. Периферические лимфоузлы не пальпируются носовое дыхание свободное. В глотке – умеренная диффузная гиперемия. Грудная клетка симметрично участвует в акте дыхания. При сравнительной перкуссии легких – коробочный звук. При аускультации легких дыхание жесткое, симметрично проводится, единичные сухие хрипы с двух сторон. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот доступен пальпации, печень – по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул и мочеиспускание не нарушены.

**Результаты обследования:**

гемограмма: эритроциты  $4,8 \times 10^{12}/\text{л}$ , гемоглобин 138 г/л, лейкоциты  $9,2 \times 10^9/\text{л}$ , П-1%, С-69%, Л-22%, М-8%; СРБ 15,8 мг/л.

КТ ОГК – изменения в виде единичных участков «матового стекла» субплеврально преимущественно в нижних отделах нижних долей с двух сторон.



**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий. Объясните их механизм.
2. Составьте дифференциально-диагностический ряд.
3. Поставьте и обоснуйте клинический диагноз.
4. Какие выявлены изменения в лабораторных анализах?
5. Составьте план обследования.
6. План лечения.
7. Критерии выздоровления. Экспертиза трудоспособности.



### Ситуационная задача № 26

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Пациентка А., 34 лет не работает, поступила в клинику с жалобами на повышение температуры тела до  $38,4^{\circ}\text{C}$ , сопровождающееся интенсивной ночной потливостью; ознобами; отеками голеней, увеличением объема живота, болью в правом подреберье, точечными высыпаниями на голенях.

**Из анамнеза:** курит в течение 20 лет до 2 пачки сигарет в день, в течение последних 2-х лет страдает инъекционной наркоманией. Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез не отягощен. Считает себя больной в течение полутора месяцев, когда стала отмечать нарастающую слабость, ночную потливость, повышение температуры тела до  $39,0^{\circ}\text{C}$ , сопровождающуюся ознобами. За помощью не обращалась. Самостоятельно принимала жаропонижающие. В течение последних двух недель отметила нарастание отеков на ногах, увеличение объема живота появление боли в правом подреберье.

**Объективно:** состояние средней тяжести, температура тела  $37,8^{\circ}\text{C}$ , кожные покровы бледные с желтушным оттенком, на коже нижних конечностей элементы геморрагической сыпи, отеки стоп и голеней. Лимфатические узлы не пальпируются. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Перкуторный звук ясный легочный, локальных притуплений не выявляется. Отмечаются набухшие шейные вены. При перкуссии сердца правая граница на 3 см от правого края грудины, другие границы в пределах нормы. При аускультации тоны сердца ритмичные, ЧСС 110/мин, отмечается ослабление первого тона над мечевидным отростком. Здесь же выслушивается систолический шум, усиливающийся на вдохе. Живот напряжен, безболезненный, положительный симптом флюктуации. Печень +5 см от края реберной дуги. Край закруглен, мягкоэластической консистенции. Пальпируется край селезенки. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

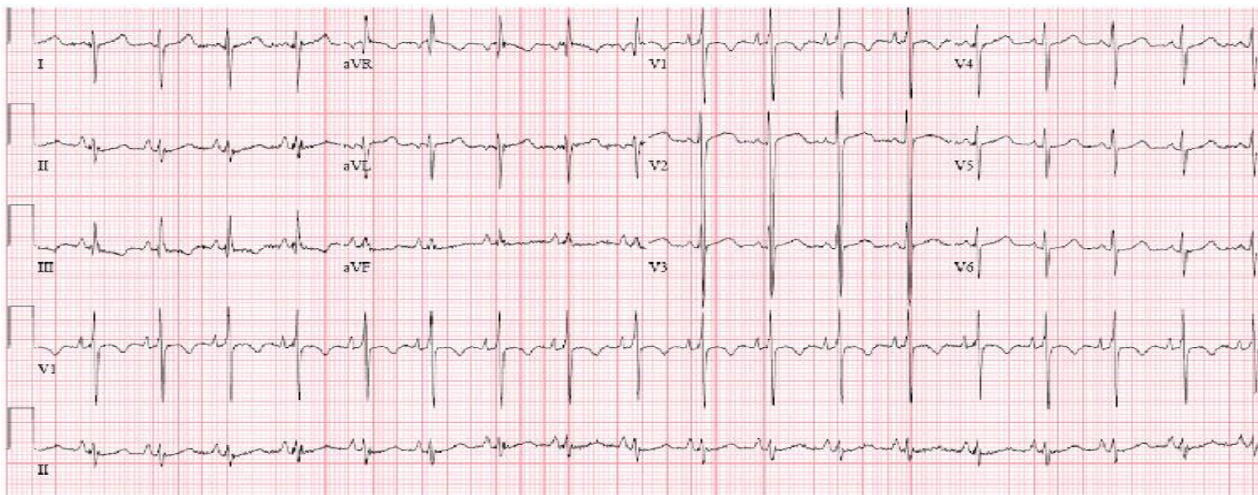
1.Общий анализ крови: НЬ - 104 г/л, эритроциты  $3,8 \times 10^{12}/\text{л}$ , лейкоциты  $17 \times 10^9/\text{л}$ , п/я 7%, с/я 80%, лимфоциты 9%, моноциты, 3%, эозинофилы 1%, СОЭ 48 мм/ч.

2.Общий анализ мочи: желтая, прозрачная, рН нормальная, удельный вес 1016, белок 0,02%, сахара нет, лейкоциты 1-2 в п/зр, эритроцитов нет.

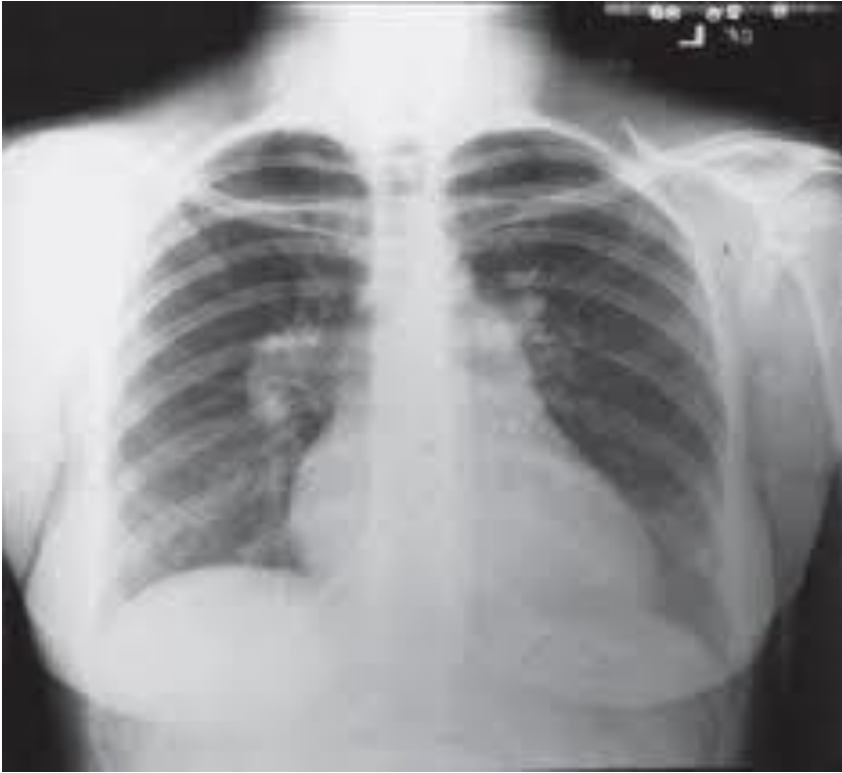
3.Биохимическое исследование крови: билирубин 20,0 ммоль/л, АСТ 74 (5-37Ед/л), АЛТ 98 (4-42 Ед/л), креатинин - 0,108 (0,014-0,44) ммоль/л, глюкоза – 5,7 ммоль/л, холестерин – 5,0 ммоль/л, калий - 4,2 ммоль/л (3,4-5,3).

4.Гемокультура: в одной из 3х проб рост золотистого стафилококка.

5.ЭКГ



6.Рентгенологическое исследование органов грудной клетки.



**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

### Ситуационная задача № 27

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная М., 56 лет, продавец ювелирного салона, госпитализирована с жалобами на интенсивную жгучую боль по всей грудной клетке в течение 1,5 часов, с иррадиацией в левое плечо, шею, нижнюю челюсть, локоть, также предъявляла жалобы на испарину, сердцебиение, слабость, одышку в покое.

**Анамнез заболевания:** с 45 лет отмечает повышение артериального давления до 180/100 мм рт.ст. Обследована, принимает периндоприл 10 мг на ночь, метопролола сукцинат 100 мг утром. Пациентка с 50 лет страдает сахарным диабетом 2 типа, принимает метформин 1000 мг/сут. Пользуется глюкометром, сахар крови в пределах 7,5 ммоль/л.

В течение полугода отмечает приступы давящих болей за грудиной при физической нагрузке (ходьба по ровной местности до 600 метров) продолжительностью до 5 минут, которые купировались после прекращения ходьбы. Дополнительно амбулаторно назначена ацетилсалициловая кислота 75 мг/сут, розувастатин 10 мг/сут, короткодействующие нитраты по потребности.

Курение отрицает.. Отец в 49 лет перенес инфаркт миокарда.

Вызвала Скорую медицинскую помощь (СМП). При осмотре врачом СМП состояние тяжелое за счет болевого синдрома в грудной клетке, одышки, гипотонии (АД=100/60, ЧСС = 98). Записана электрокардиограмма (ЭКГ) (см. ниже). С некупированным болевым синдромом доставлена в приемное отделение.

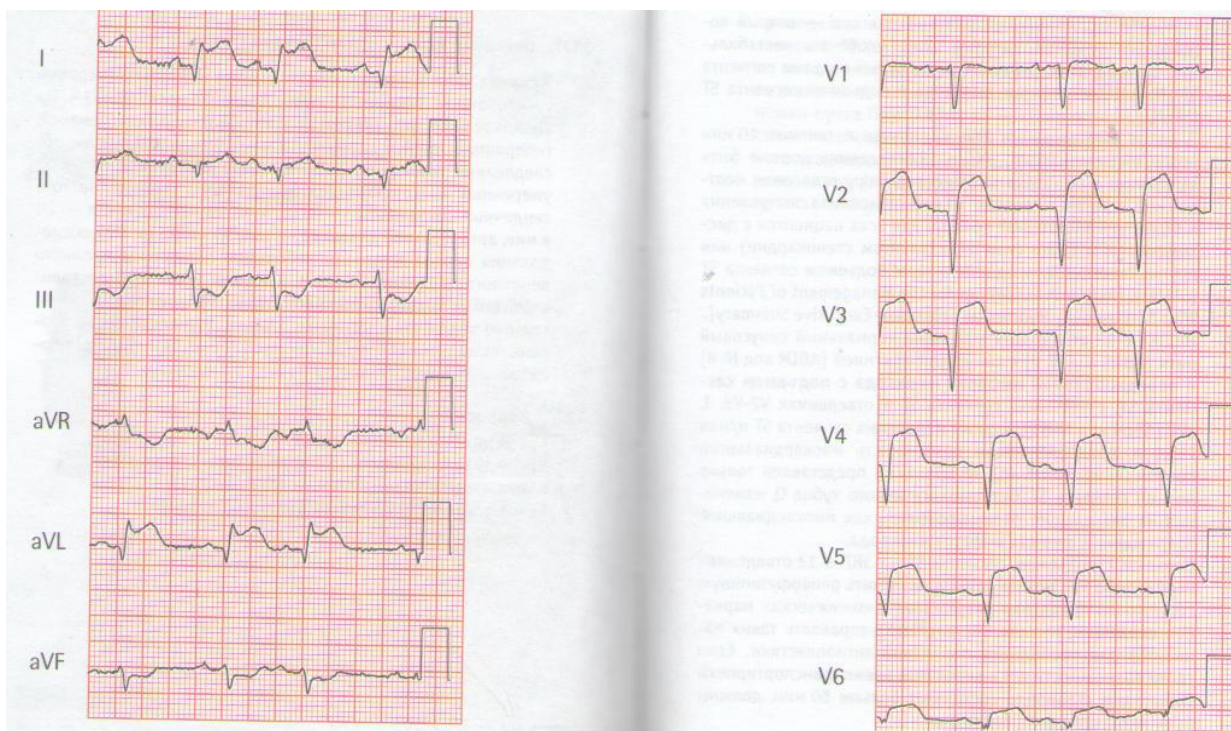
**Объективно:** состояние тяжелое за счет болевого синдрома в грудной клетке, одышки. При осмотре кожные покровы мраморной окраски, холодные, выражено влажные. Рост 178 см, вес 105 кг. Сохраняется одышка в покое, частота дыхания до 28 в минуту, пациентка принимает вынужденную позу полусидя. Аускультативно над всеми легочными полями влажные мелкопузырчатые хрипы. Пульс на лучевых артериях выражено ослаблен, нитевидный 120 ударов в минуту. Аускультативно в области сердца ослаблен I тон, тахикардия до 120 в минуту. Артериальное давление на 130/90 мм. рт.ст. Отеков на нижних конечностях нет. По ЭКГ в приемном отделении без динамики, по сравнению с пленкой СМП.

**Дополнительные методы обследования:** общий анализ крови: Hb-139 г/л, лейкоциты –  $11 \cdot 10^9$ , эритроциты –  $4,8 \cdot 10^{12}$  СОЭ – 8 мм/ час. Биохимический анализ крови: сахар – 22 ммоль/л, креатинкиназа-МВ фракция – 102 Е/л (N=25 Е/л), тропонин Т – 0,9 нг/мл (N до 0,1 нг/мл); общий холестерин – 7,0 ммоль/л,

По ЭхоКГ фракция выброса левого желудочка – 38% (N=60-70%), гипокинезия стенки левого желудочка.

Рентгенологически в легких венозный застой III степени, тень сердца расширена влево.

ЭКГ на этапе СМП.



**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

### Ситуационная задача № 28

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная Т., 35 лет, офис-менеджер, доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приёмное отделение городской больницы в связи с внезапно начавшимся приступом удушья, сердцебиением, колющей болью в прекардиальной области, головокружением и общей слабостью.

**В анамнезе** отмечено, что за 5 суток до приступа удушья у больной появились мягкий отёк правой нижней конечности от стопы до паховой складки, незначительный цианоз и умеренная болезненность конечности. В последующем указанные симптомы сохранялись, пыталась лечиться самостоятельно, используя различные мази с антибиотиками и спиртовые компрессы. Настоящий приступ одышки возник впервые в конце продолжительного рабочего дня на фоне полного благополучия.

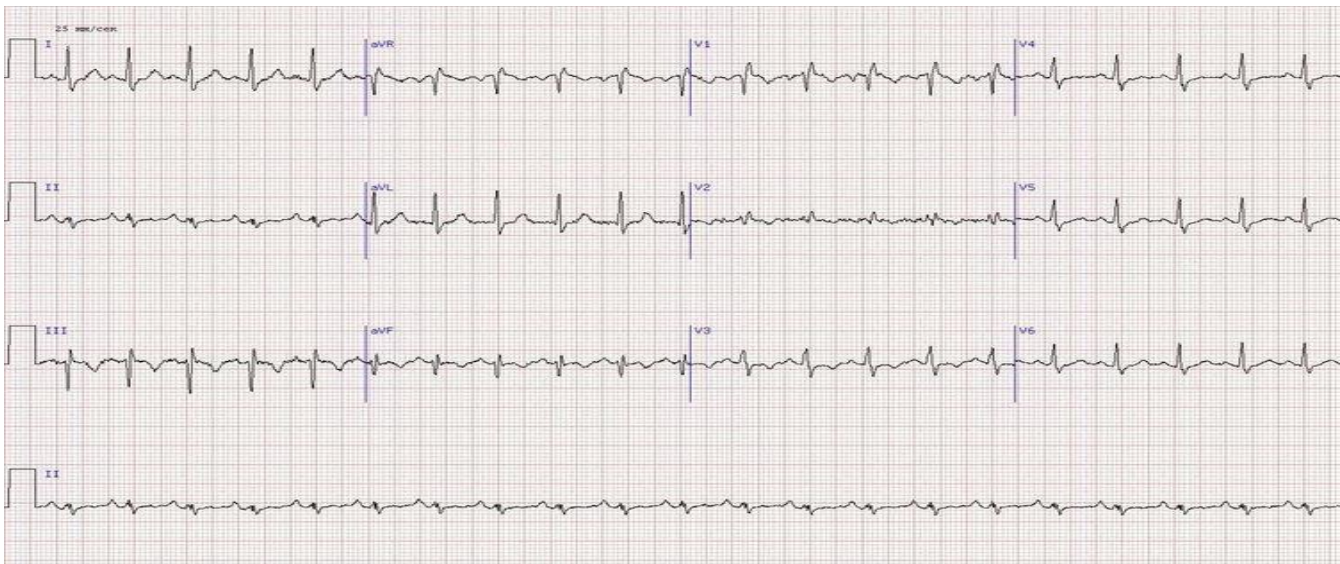
**Из анамнеза жизни** известно, что пациентка работает в офисе и проводит большую часть времени в положении сидя, ведёт малоподвижный образ жизни, курит, применяет комбинированные оральные контрацептивы.

**Объективно:** состояние тяжёлое. Индекс массы тела более 31 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы теплые (температура 37,2), цианоз верхней половины туловища, видимая пульсация шейных вен. Отмечается отёк правой нижней конечности, мягкий и тёплый наощупь, распространяющийся от уровня стопы до верхней трети бедра со слабо выраженным цианозом, умеренной болезненностью при пальпации и сохранённой пульсацией на артериях стопы, подколенной и общей бедренной артериях. Суставы без патологии. Грудная клетка правильной формы. Перкуторно над лёгкими лёгочный звук, отмечается некоторое укорочение перкуторного звука справа в подлопаточной области. Дыхание везикулярное, хрипов нет, несколько ослабленное справа в подлопаточной области, частота дыхания 25 в минуту. Пульс одинаковый на обеих лучевых артериях, слабого наполнения, 110 в минуту, АД 90/65 мм рт.ст. Акцент II-тона в точке выслушивания клапана лёгочной артерии. Шумов нет. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах при поверхностной и глубокой пальпации. Печень выступает из под реберной дуги на 1см. Симптом поколачивания отрицательный.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: НЬ - 130 г/л, эритроциты -  $4,1 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты -  $8,7 \cdot 10^9$ /л, э - 1%, п/я - 10%, с/я - 50%, лф - 35%, м - 4%; СОЭ - 24 мм/ч.
2. Общий анализ мочи: соломенно-желтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес 1010, эпителий – 2-4 в поле зрения.
3. Биохимическое исследование крови; билирубин общий: 12,8 мкмоль/л, креатинин - 0,093 ммоль/л (0,014- 0,44), глюкоза – 6,1 ммоль/л, холестерин – 5,2 ммоль/л, калий - 3,7 ммоль/л (3,4-5,3), общий белок - 75 г/л, фибриноген – 5,4 г/л, СРБ – 15 мг/л (N 1-6 мг/л).
4. ЭКГ





### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

### Ситуационная задача № 29

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

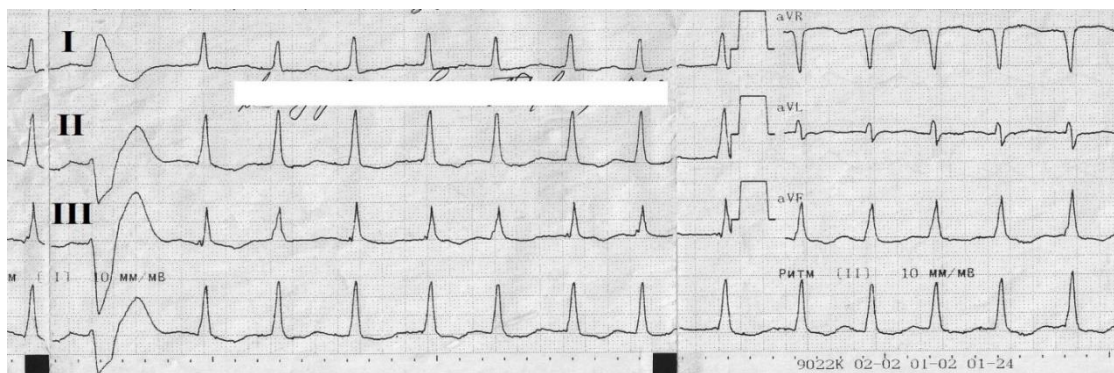
Больная М., 52 лет, работает бухгалтером, госпитализирована с жалобами на неритмичное сердцебиение, общую слабость, головокружение, быструю утомляемость, одышку при ускоренной ходьбе.

**Анамнез заболевания:** В течение 7 лет отмечает повышение артериального давления до максимальных 190/120 мм рт. ст. Обследована по АГ, установлен диагноз ГБ. Регулярно принимает эналаприл 10 мг 2 раза в сутки, амлодипин 5 мг вечером. Адаптированным давлением считает 140/100 мм рт.ст. Болей в грудной клетке никогда не отмечала. Ухудшение состояния отмечает в течение 3-х дней, когда впервые в жизни появились выше описанные жалобы. Учитывая их прогрессирующий характер вызвала скорую помощь.

**Объективно:** Сознание ясное, активна. Отёков нет. Рост 178 см, вес 107 кг. Отложение подкожно-жирового слоя на бедрах и животе. Кожные покровы повышенной влажности. В легких перкуторно легочный звук, везикулярное дыхание, хрипов нет. Область сердца не изменена. Левая граница сердца – на 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии в V межреберье слева. Тоны сердца не ритмичные. ЧСС 121 уд/мин. АД в покое сидя 170/115 мм рт.ст. Пульс на лучевых артериях симметричный, неритмичный, неравномерный с частотой 100 уд/мин.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Липидограмма: общий ХС 5,9 ммоль/л, ХС ЛНП 3,5 ммоль/л (норма менее 3,0 ммоль/л), ХС ЛВП 0,9 ммоль/л (норма более 1,0 ммоль/л), ТГ 2,0 ммоль/л (норма менее 1,7 ммоль/л).
2. Эхо-КГ: Толщина задней стенки ЛЖ 1,3 см (норма 0,8-1,1 см), ФВ ЛЖ 55% (норма 55-75%).



3. Оцените ЭКГ

#### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

### Ситуационная задача № 30

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

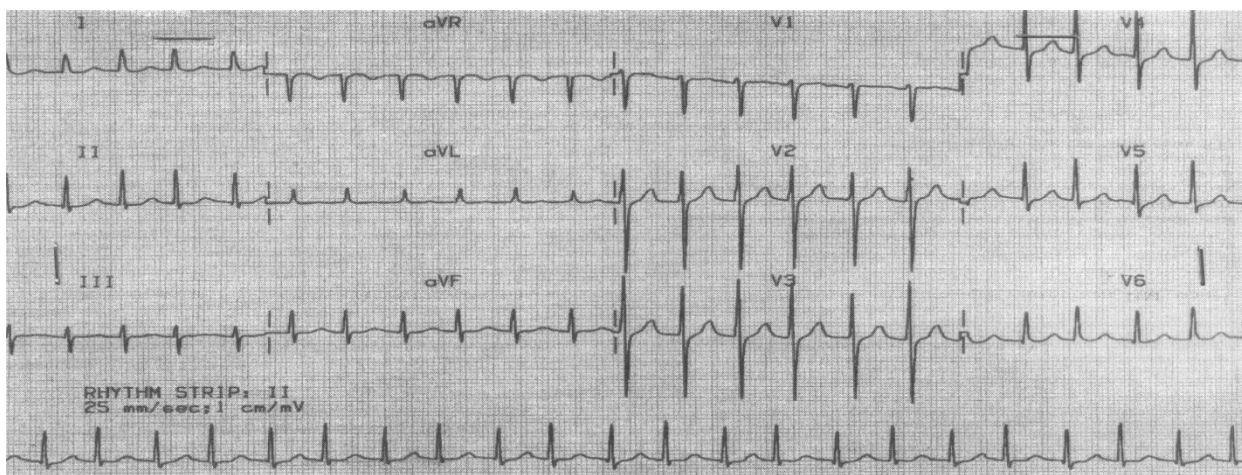
Больная Н., 46 лет, стюардесса внутренних авиалиний. Обратилась с жалобами на приступы сильного учащенного сердцебиения, не связанные с физической нагрузкой, сопровождающиеся ноющими болями в прекардиальной области.

**Из анамнеза:** Приступы учащенного сердцебиения с головокружением появились в течение последнего года, участились в течение трех месяцев. В детстве диагностировали «изменения на ЭКГ», которые в дальнейшем не подтверждались.

**Объективно:** больная нормального питания. Кожные покровы чистые, умеренной влажности. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Перкуторно: границы относительной сердечной тупости располагаются: правая - на 1 см. снаружи от правого края грудины, верхняя - нижний край 3 ребра, левая - на 1,5 см. внутри от среднеключичной линии. При аускультации: тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 160 в мин., на верхушке I тон сохранен, выслушивается короткий систолический шум, мезосистолический щелчок. АД 130/80 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

#### Обследования:

1. ЭКГ: прилагается



#### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



### Ситуационная задача № 31

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Женщина 27 лет обратилась к кардиологу

Жалобы на внезапно возникающее ощущение «замирания сердца», которое сохраняется на протяжении нескольких секунд, сопровождается резкой слабостью и потемнением в глазах.

Анамнез заболевания: описанные приступы возникали трижды за последние два дня. Ранее перебоев в работе сердца, синкопальных или пресинкопальных состояний не отмечала. Физические нагрузки переносит хорошо.

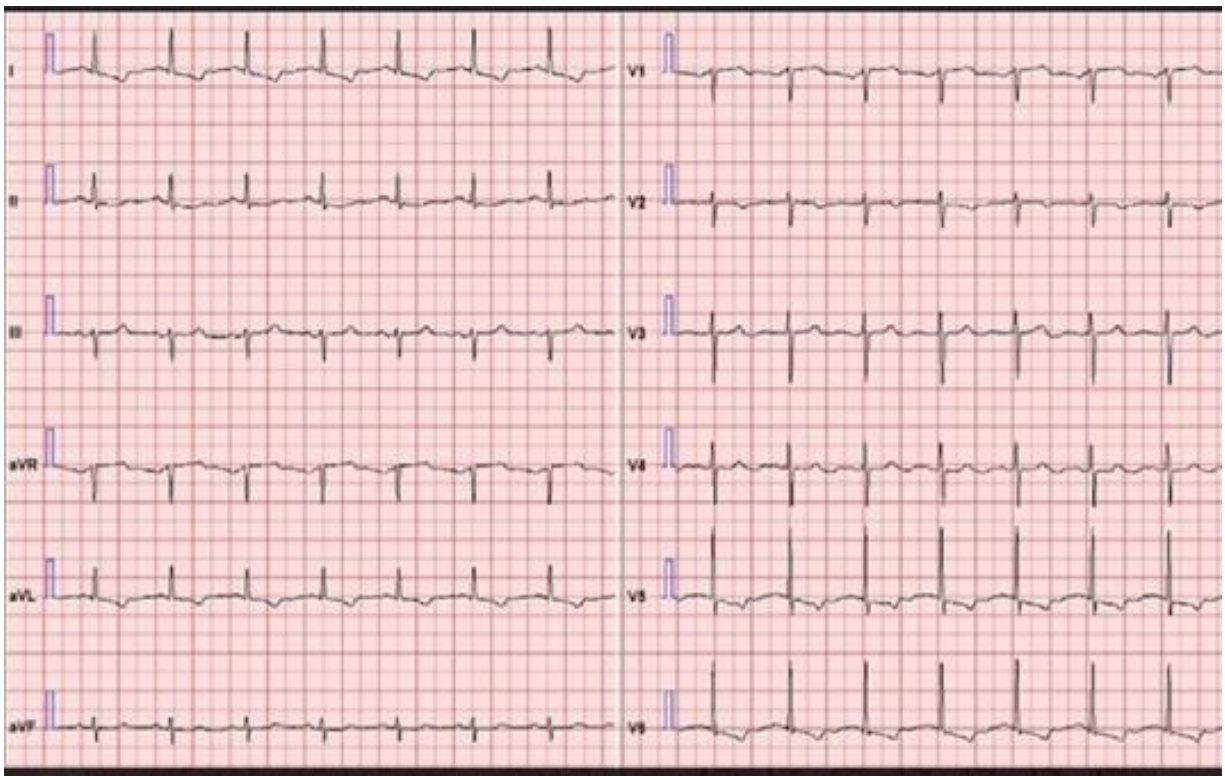
Из анамнеза жизни: хронические заболевания отрицает; курит, алкоголем не злоупотребляет, употребление наркотиков отрицает, гормональные контрацептивы не использует. Профессиональных вредностей не имеет. Аллергическая реакция в виде крапивницы на цитрусовые. У матери с 40-летнего возраста отмечается повышенное артериальное давление, отец внезапно умер в возрасте 39 лет.

Объективный статус: Состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса тела 62 кг.

Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

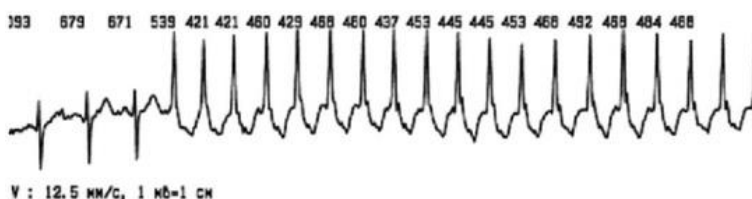
Обследования:

2. ЭКГ: прилагается



2. Суточное мониторирование ЭКГ:

На фоне синусового ритма с ЧСС от 52 до 122 в 1 мин зарегистрировано 56 одиночных и 23 парных желудочковых экстрасистолы, а также эпизод тахикардии с ЧСС 134 в 1 мин, сохранявшийся на протяжении 23 секунд.



Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

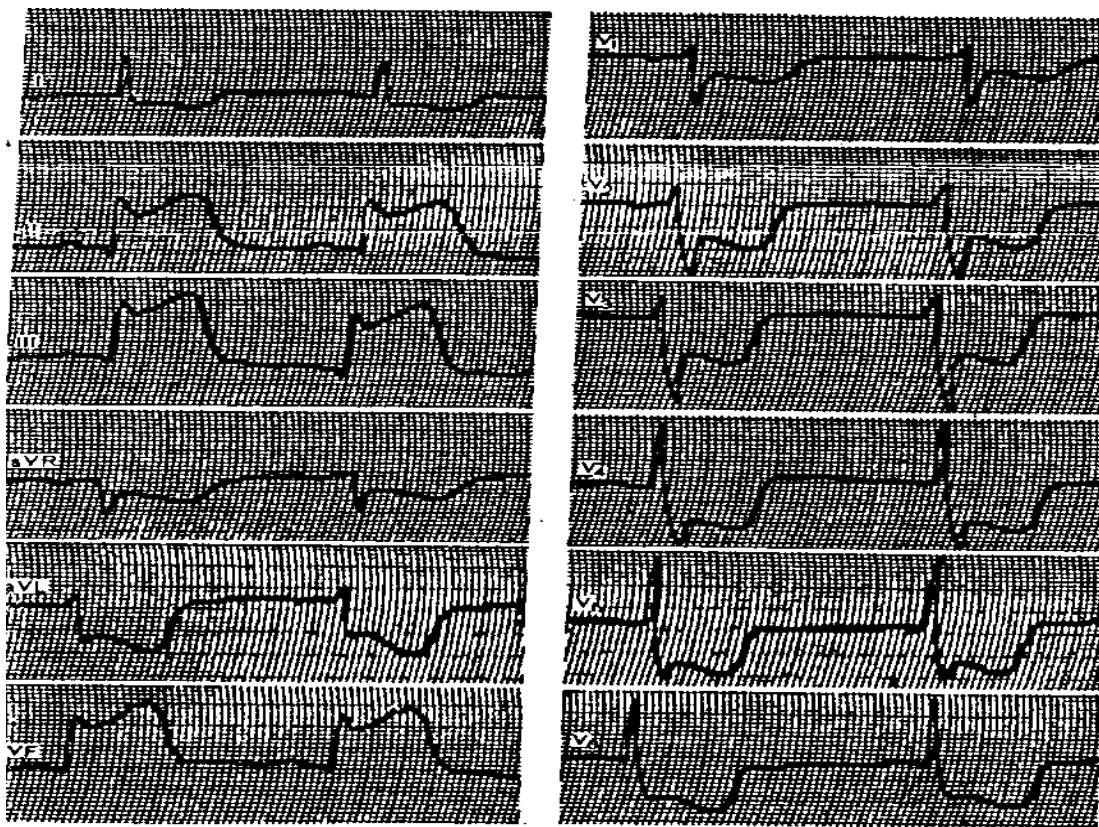
### Ситуационная задача № 32

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

В приёмный покой доставлен скорой помощью больной 52 лет, шофер, с жалобами на резкие давящие боли за грудиной с иррадиацией в обе руки и левую лопатку, длящиеся более 2 часов, боль не купируется приемом нитроглицерина и инъекционными анальгетиками, сопровождается резкой слабостью, страхом смерти, выраженной потливостью. Из анамнеза выяснено, что больного около 10 лет беспокоили приступообразные головные боли, шум в ушах, головокружение, «мелькание мушек» перед глазами, кратковременные колющие боли в области сердца, без иррадиации. Часто отмечалось повышение АД до 160/100 мм рт. ст., иногда – до 200/120 мм рт. ст.

**Объективно:** Кожные покровы бледные, акроцианоз. ЧД 26 в минуту, дыхание поверхностное. Перкуторно определяется притупление легочного звука в нижних отделах легких, при аускультации - дыхание жесткое, большое количество влажных хрипов в нижних отделах легких. Пульс одинаков на обеих руках, ритмичный, слабого наполнения и напряжения. ЧСС 120 в мин., АД - 80/60 мм рт.ст. Тоны сердца глухие, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Отеков нет.

Записана ЭКГ (см. ниже).



### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

### Ситуационная задача № 33

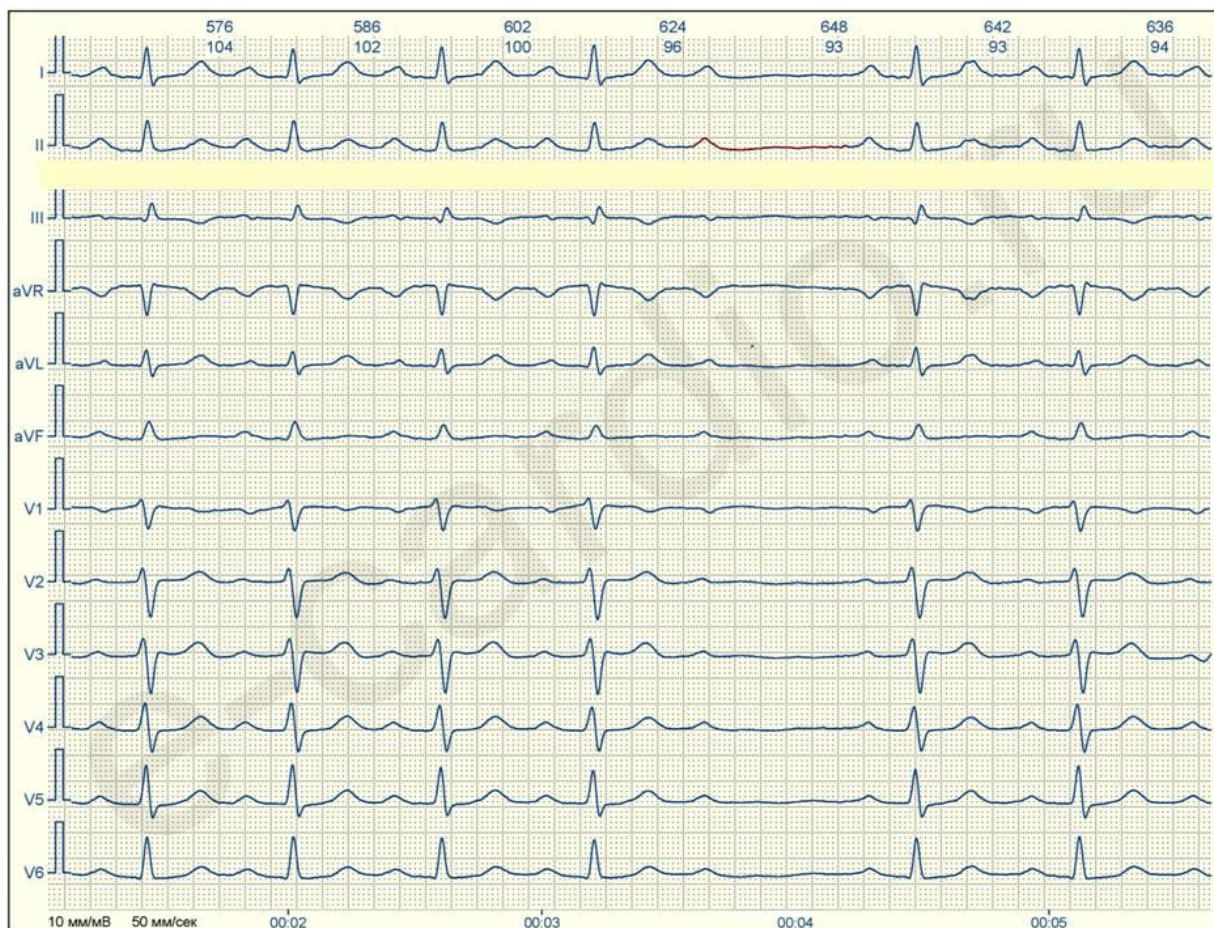
(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной 65 лет, пенсионер, поступил в клинику с жалобами на давящие боли за грудиной при обычной физической нагрузке, купирующиеся приемом нитроглицерина через 1-2 мин., чувство нехватки воздуха при подъеме на 1 лестничный пролет. Четыре года назад перенес инфаркт миокарда после чего появились вышеописанные жалобы. Неделю назад появилось ощущение перебоев в работе сердца, ощущение замирания и остановки сердца, однократно был эпизод кратковременной потери сознания.

**Объективно:** Акроцианоз, пастозность голеней. В нижних отделах лёгких небольшое количество незвучных мелкопузырчатых хрипов. Тоны сердца глухие, аритмичные. ЧСС 42 ударов в мин., Ps 42 в мин. АД 110/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2 см ниже реберной дуги, край ее ровный, закругленный, слегка болезненный при пальпации.

Клинический и биохимический анализы крови без отклонений от нормы. Записана ЭКГ (см. ниже).





### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

### Ситуационная задача № 34

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Мужчина 50 лет, предприниматель, обратился к участковому врачу с жалобами на боли сжимающего характера в правой половине грудной клетки, без иррадиации, появляющиеся во время ходьбы. Продолжительность болей составляет 2-3 минуты, проходят самостоятельно при уменьшении темпа ходьбы.

**История болезни:** Считает себя больным в течение 3 недель. Вначале боли возникали только при быстрой ходьбе в утренние часы, в последующем они стали появляться и при обычной ходьбе через каждые 100-150 м. Накануне (за сутки до обращения) имел место необычный приступ болей, продолжительностью до 15-20 минут, сопровождался перебоями в сердце. За медицинской помощью не обращался.

**История жизни:** женат, много работает (по 10-12 ч в сутки) с частыми командировками. Ранее часто болел простудными заболеваниями. Курит по 1-2 пачки сигарет в день. Отягощена наследственность по ИБС, отец внезапно умер в возрасте 49 лет от ИБС. Ведет физически малоактивный образ жизни.

**Объективно:** Состояние удовлетворительное, кожные покровы лица бледно-землисто-го цвета. Рост 180 см, вес 110 кг. Выглядит старше своих лет. В легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Пульс на лучевых артериях удовлетворительного

качества с частотой 90 в мин, пальпируется сосудистая стенка вне пульсовой волны. АД 130/90 мм рт.ст. Граница сердца в пределах нормы, тоны приглушены. Акцент II тона над аортой. Живот без особенностей.

ЭКГ прилагается.



### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

### Ситуационная задача № 35

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной 3., 35 лет, водитель автобуса, обратился к врачу с жалобами на приступы давящих болей за грудиной, возникающие при обычной ходьбе на 200-300 м, подъеме на 1 этаж по лестнице, купируются в покое через 10-15 мин., сопровождаются слабостью, одышкой, головокружением. Считает себя больным около 3 лет. Последнее время при незначительной физической нагрузке стали возникать приступы сердцебиения с кратковременными синкопальными состояниями.

**Из анамнеза жизни:** отец больного умер внезапно в возрасте 40 лет.

**Объективно:** состояние больного относительно удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, нормальной влажности. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка равномерно участвует в дыхании. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, 170 в мин, АД 120/80 мм рт. ст. Верхушечный толчок усилен, резистентный, определяется в V межреберье на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая на 1,0 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - нижний край III ребра, левая - по среднеключичной линии. Аускультативно: ритм правильный, I тон на верхушке ослаблен, ЧСС 170 в минуту, Систолический шум во II межреберье справа. Соотношение II тонов на основании сердца

не изменено. Живо мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

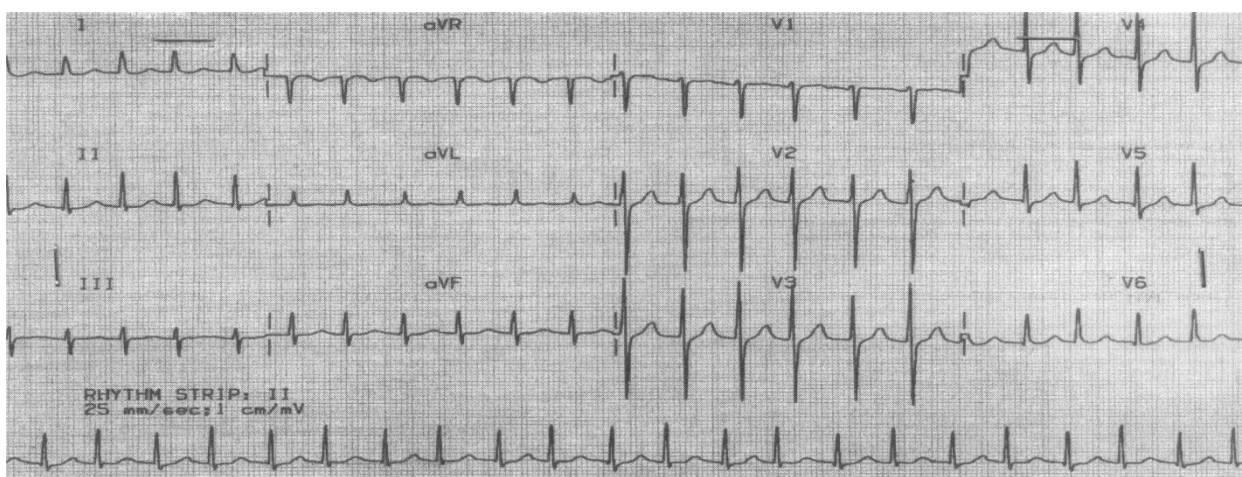
1.Общий анализ крови: Нв 136 г/л, эритроциты -  $4,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты  $5,7 \times 10^9$ /л, эоз. - 4%, п/я -3%, с/я - 52%, лф - 35%, м - 6%; СОЭ 6 мм/ч.

2.Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес 1016; белок, сахар - нет, лейкоциты- 1-2, эпителий-2 в поле зрения, эритроциты, цилиндры, соли -нет.

3.Билирубин общий - 8,8 мкмоль/л, креатинин - 0,096 ммоль/л ( 0,014-0.44), глюкоза - 4,3 ммоль/л, общий холестерин – 5,0 ммоль/л, калий – 3,9 ммоль/л (3,4-5,3)

4.ЭхоКГ: ПЖ - 20 мм (норма до 23 мм), КДР ЛЖ – 53 мм (норма до 55 мм), КСР ЛЖ – 26 мм (норма до 35 мм), ЛП - 41 мм (норма до 40 мм), МЖП – 21мм (норма до 11 мм), ЗСЛЖ – 10 мм (норма до 11 мм); ФВ - 70% (N 60-70%); Ao - 35 мм. Переднесистолическое движение передней створки митрального клапана и соприкосновение ее в диастолу с МЖП, среднесистолическое прикрытие створок клапана аорты. Трикуспидальный клапан, клапан легочной артерии - без изменений.

**ЭКГ:**



**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

### Ситуационная задача № 36

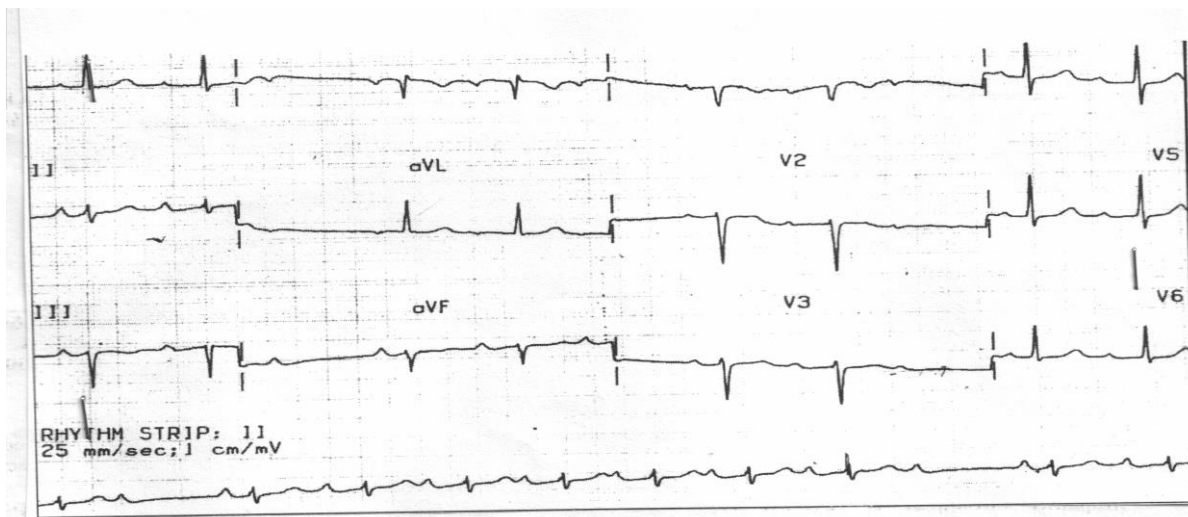
(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной 68 лет, пенсионер, поступил в клинику с жалобами на редкий пульс, частые перебои в работе сердца, ощущение замирания и остановки сердца, чувство нехватки воздуха и давящие боли за грудиной при подъеме до 1 лестничного пролета, купирующиеся приемом нитроглицерина через 1-2 мин. В анамнезе гипертоническая болезнь 10 лет на фоне абдоминального ожирения. Три года назад перенес инфаркт миокарда. После выписки из кардиологического стационара лекарственных препаратов не принимает. В течение двух последних лет отмечает перебои в работе сердца, АД не более 130/90 мм рт. ст. Месяц назад эти приступы участились, усилилась одышка при минимальной физической нагрузке, головокружения, кратковременные потери сознания, появились приступы удушья в ночное время, которые купирует положением ортопное, отеки стоп и голеней, что и явилось причиной госпитализации.

Объективно: акроцианоз, отеки стоп и голеней, холодные на ощупь. Рост 170 см, вес 105 кг. В нижних отделах лёгких небольшое количество незвучных мелкопузырчатых хрипов. ЧД 24 в мин. Тоны сердца глухие, аритмичные. ЧСС 42 в мин., Ps 42 в мин. неритмичный. АД 100/65 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, увеличен в размерах. Печень на 3 см ниже реберной дуги, край ее ровный, закругленный, слегка болезненный при пальпации.

Клинический анализ крови без отклонений от нормы. В биохимическом анализе крови билирубин 21.4 ммоль/л за счет прямой фракции, холестерин 6,8 ммоль/л, сахар крови 5,5 ммоль/л, калий крови 3,7 ммоль/л (3,4-5,3), натрий 135 ммоль/л (130-156). ЭХО-КГ : дилатация ЛП и ЛЖ, ПП, гипокинезия боковой стенки ЛЖ, легочная гипертензия, ФВ 45%.

Записана ЭКГ (см. ниже).



#### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



### Ситуационная задача № 37

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной Н., 54 лет, слесарь, обратился к врачу с жалобами на перебои в работе сердца.

**Из анамнеза:** С 43 лет страдает артериальной гипертензией. По этому поводу обследовался и был выставлен диагноз гипертонической болезни. В течение 3 лет при ходьбе до 300 метров возникают приступы давящих загрудинных болей с иррадиацией левую руку, купируются при остановке в течение 3-5 минут, нитроглицерином через 1-3 минуты, принимал кардикет. Последний год беспокоит одышка при умеренных физических нагрузках. Лечился нерегулярно, принимал метокард, фуросемид, энап. Курил больше 20 лет, по 1 пачке в день. Сегодня почувствовал перебои в работе сердца и обратился к врачу.

**Объективно:** Легкий цианоз губ. В легких дыхание везикулярное. Перкуторно границы относительной сердечной тупости располагаются: правая - на I см кнаружи от правого края грудины; верхняя - на уровне 3 ребра; левая - по СКЛ. Тоны сердца ритмичные, приглушены, единичные экстрасистолы. ЧСС 92 уд в минуту, АД 150/100 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

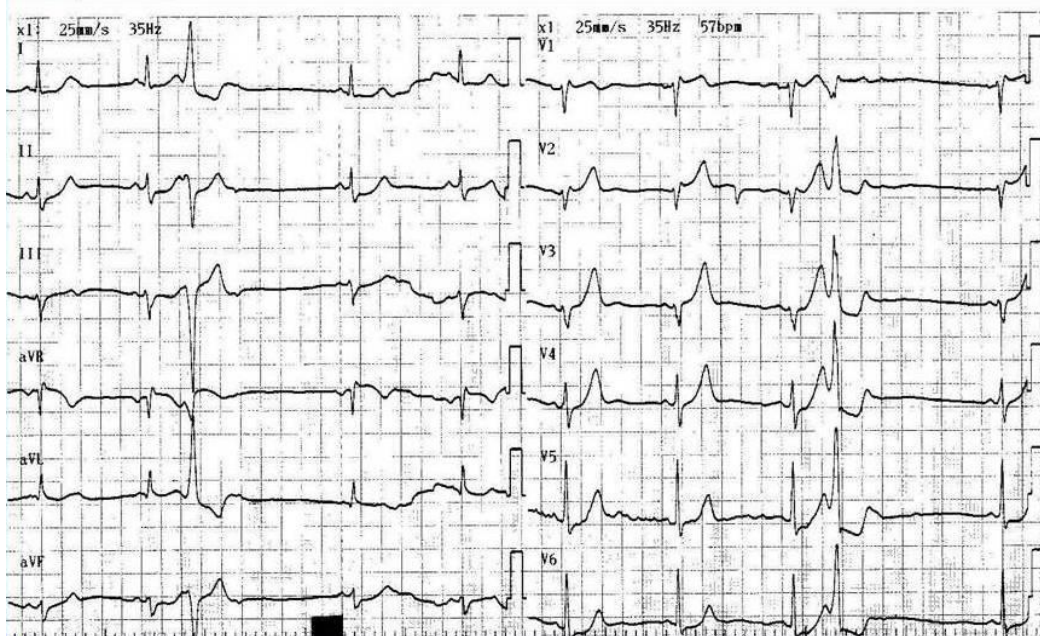
**При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные:**

1.ОАК - Нб 130 г/л, Эр  $3,7 \cdot 10^{12}$ /л, L  $7,6 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 16 мм/час.

2.ОАМ - уд вес 1018, белок 0,042 г/л, L -ед в п/зр,

3.Б\х крови - глюкоза 5,0 ммоль/л, холестерин 5,8 мкмоль/л, общий белок 50 г/л, об. билирубин 22,5 ммоль/л, АСТ 10 (1-39 Ед/л), АЛТ 15 (1-40 Ед/л), мочевины 8,3 ммоль/л, креатинин 0,14 мкмоль/л, натрий 151,0 ммоль/л (130-156), калий 2,9 ммоль/л (3,4-5,3).

4.ЭХО -КС: ПЖ 2,2 см (норма 2,3), МЖП 1,2 см (норма 0,8-1,1), ЗСЛЖ 1,2 см (норма 0,8-1,1), КДРЛЖ 5,5 (норма 5,5), КСРЛЖ 3,4 (норма 3,5), ЛП 4,2 см (норма 4,0). Фракция выброса 56% (норма 60-80%). ЭКГ



#### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить



трудоспособность

### Ситуационная задача № 38

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)**

Больной М., 72 лет пенсионер, обратился к врачу с жалобами на головные боли, головокружение, шум в ушах, повышение АД до 210/120 мм рт ст.

**Анамнез заболевания:** Высокие цифры АД появились 2 года назад, принимал метопролол, гипотиазид, однако добиться существенного снижения АД не удавалось. В течение полугода отмечает усталость при ходьбе, боли в ногах, которые заставляют останавливаться (при прохождении менее 200 метров). Госпитализирован для уточнения причины и подбора лекарственной терапии.

**Объективно:** Состояние удовлетворительное. Отеков нет. Над всей поверхностью легких перкуторно - легочный звук, при аускультации - дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. Границы сердца: правая - 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - 2 ребро, левая - 1,5 см кнаружи от левой СКЛ в 5-ом межреберье. Верхушечный толчок в V межреберье, кнаружи от СКЛ, разлитой. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Акцент II тона над аортой, систолический шум на аорте без проведения на сосуды шеи. Пульс 76 ударов в минуту, ритмичный. Сосудистая стенка вне пульсовой волны плотная. АД - 195/115 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Над брюшной аортой выслушивается систолический шум. Симптом поколачивания отрицательный. Снижена пульсация на артериях тыла обеих стоп.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные:**

1.ОАК: Нб 145 г/л. Эр  $4,5 \cdot 10^{12}$ /л, L  $7,9 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 12 мм/час, ЦП 1,0.

2.ОАМ: уд вес 1020, белок 0,033 г/л, L ед в п/зр, единичные гиалиновые цилиндры.

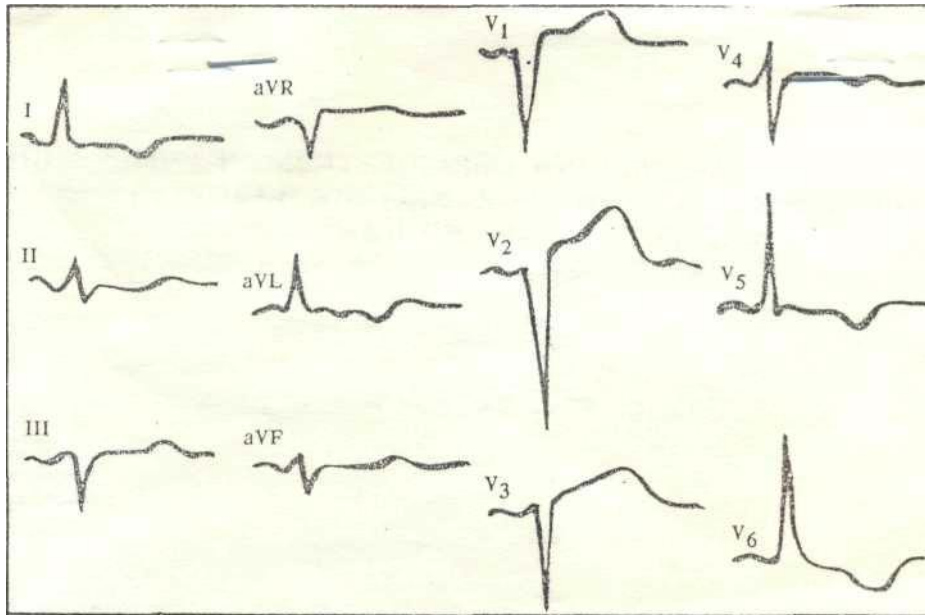
3.Б/х крови: сахар 5,2 ммоль/л, холестерин 7,2 ммоль/л, мочевины 9,0 ммоль/л, креатинин 0,13 ммоль/л, калий 5,3 ммоль/л (3,4-5,3), натрий 135 ммоль/л (130-156)

4.Изотопная ренография: умеренное снижение секреторной и экскреторной функции правой почки.

5.Осмотр глазного дна: ангиопатия сосудов сетчатки

6.ЭХО-КГ: ПЖ-2,1 см (норма 2,3), МЖП-1,25 см (норма 1,0 см), ЗСЛЖ-1,25 см (норма 1,0 см), КДРЛЖ -5,8 см (норма 5,5), КСРЛЖ -3,7 см (норма 3,5). Фракция выброса 54% (норма 60-80%). Кальциноз митрального, аортального клапанов.

7.ЭКГ прилагается:



### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

### Ситуационная задача № 39

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной Н., 37 лет, тракторист, обратился с жалобами на перебои в работе сердца, одышку смешанного характера при обыденной физической нагрузке, приступы удушья в ночное время, общую слабость. Ранее чувствовал себя вполне удовлетворительно, активно занимался спортом (лыжи, туризм). Болен в течение 6 месяцев, когда появились чувство нехватки воздуха при подъеме на 2-3-й этаж и при быстрой ходьбе, перебои в сердце и сердцебиение.

**Объективно:** Состояние средней степени тяжести, положение в постели вынужденное с приподнятым головным концом. Кожные покровы бледные, акроцианоз, цианоз губ. Отеки до средней трети голеней. Одышка в покое (ЧД 24 в мин.). Дыхание везикулярное, мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах легких. Отмечается пульсация и набухание шейных вен. АД 100/70 мм рт.ст. Левая граница относительной сердечной тупости смещена до передней подмышечной линии. Тоны сердца глухие, 105 в мин., ритм неправильный, акцент II тона на легочной артерии; выслушивается систолический шум на верхушке без проведения, над мечевидным отростком. Печень на 3 см ниже края реберной дуги, поверхность ее ровная, плотная, слегка болезненная при пальпации, край закруглен.

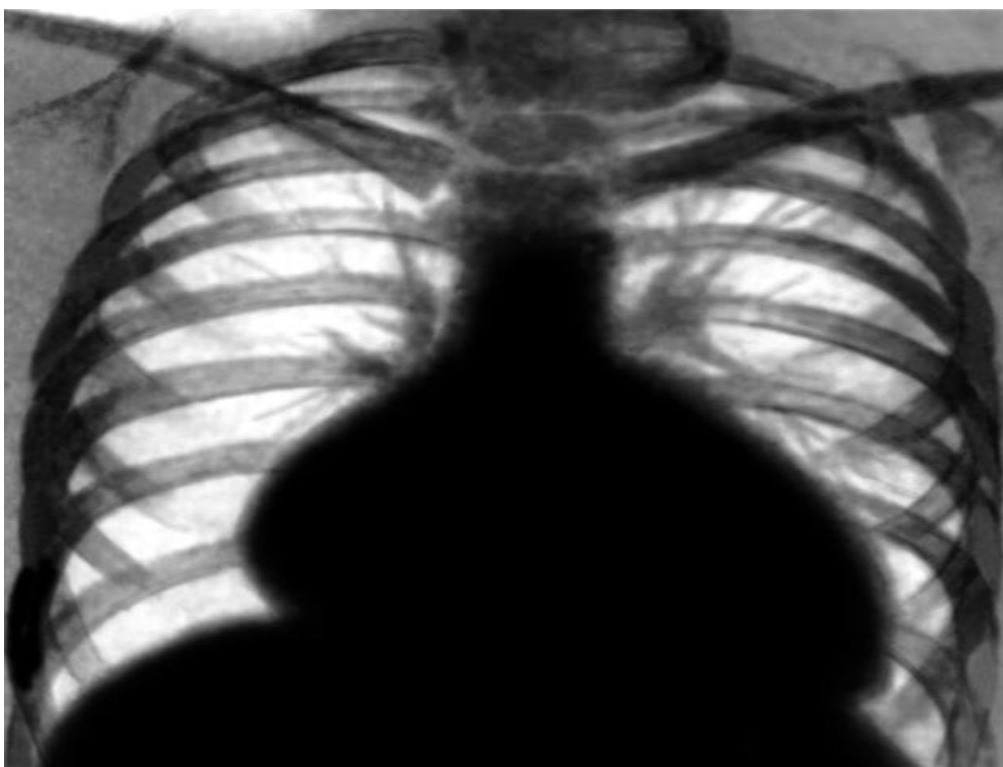
**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Анализ крови: Нв 108 г/л, эритроциты –  $3,04 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты  $4,6 \times 10^9$ /л, э- 2%, п/я – 10%, с/я – 52%, лф – 32%, м – 1%; СОЭ – 19 мм/ч.
2. Анализ мочи: желтая, прозрачная, рН щелочная, удельный вес 1012, белок – 0,033 г/л,

сахар – нет, лейкоциты – 0-1, эпителий, эритроциты, цилиндры, соли - нет.  
3. Глюкоза крови - 5,6 ммоль/л, калий – 4,8 ммоль/л (3,4-5,3), общий билирубин – 23,0 мкмоль/л, креатинин – 0,13 ммоль/л.  
4. Протромбиновый индекс – 106%, фибриноген – 4,0 г/л.  
5. ЭхоКГ: МЖП – 10 мм (норма до 11 мм), ЗСЛЖ – 10 мм (норма до 11 мм), КДР ЛЖ – 69 мм (норма до 55 мм), КСР ЛЖ – 55 мм (норма до 35 мм), ФВ 35% (норма 60-70 %). ПЖ - 33 мм (норма до 23 мм), ЛП – 50 мм (норма до 40 мм). Гипокинезия задней стенки ЛЖ и межжелудочковой перегородки. Аорта 36 мм. МК: створки не изменены, регургитация III степени. ТК: створки не изменены, регургитация III степени.  
ЭКГ:



Рентгенологическое исследование грудной клетки:



### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

### Ситуационная задача № 40

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной Н., 50 лет, инженер, обратился к врачу с жалобами на приступы сжимающих болей за грудиной, иррадирующих в левую руку, возникающих при обычной ходьбе через 200-300 м и подъеме на 2-й этаж, купируются они после приема нитроглицерина через 1-2 мин и в покое через 3 - 5 мин., сопровождаются общей слабостью.

**Анамнез заболевания:** Считает себя больным в течение 2 лет, когда впервые стал отмечать появление этого характера болей за грудиной вначале при быстрой ходьбе или при психоэмоциональных ситуациях. Врачом было назначено лечение, однако лекарства принимал нерегулярно. Со временем боли стали появляться при обычной физической нагрузке до 2-4 раза в неделю. Настоящее ухудшение отмечает в течение последних 2 недель: вышеописанные боли в грудной клетке стали появляться ежедневно до 2-3 раза в день и более длительные, купируются приёмом нитроглицерина через 3-5 мин.

Из анамнеза жизни: внезапная смерть отца в возрасте 60 лет. Курит по 1 пачке в день, физически мало активен, злоупотребляет спиртными напитками.

**Объективно:** Состояние удовлетворительное. Вес 95 кг, рост 170 см. Объем талии 110 см. Кожные покровы и видимые слизистые обычного цвета, чистые, нормальной влажности. Отёков нет. Грудная клетка правильной формы, соответствует гиперстеническому типу конституции. Перкуторно над лёгкими ясный лёгочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс одинаков на обеих лучевых артериях, ритмичный, 80 в мин., удовлетворительных качеств. АД 150/95 мм рт. ст. Верхушечный толчок расположен в V межреберье по среднеключичной линии. Шумы в сердце не выслушиваются. Живот правильной формы, участвует в дыхании, мягкий, безболезненный. Край печени не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются.

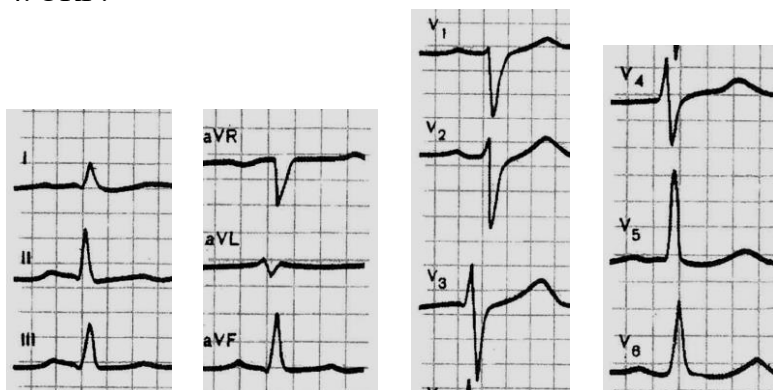
**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1.Общий анализ крови: Нб 140 г/л, эритроциты –  $4,8 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,9, лейкоциты –  $5,7 \times 10^9$ /л, э – 4%, п/я – 3%, с/я – 52%, лф – 35%, м – 6%; СОЭ – 6 мм/ч.

2.Общий анализ мочи: обычный цвет, прозрачная, рН кислая, удельный вес – 1018; белок, сахар не обнаружены, лейкоциты – 1-2 п/зр, эпителий 2-4 в п/зр, эритроциты, цилиндры, соли не выявлены.

3.Креатинин – 0,088 ммоль/л, АСТ – 10 Ед/л (5-37), АЛТ – 12 Ед/л (4-42), общий холестерин – 6,2 ммоль/л, калий – 3,7 ммоль/л (3,4-5,3).

4. ЭКГ:



5.ЭхоКГ: КДРЛЖ -5,5 см (норма 5,5 см), КСРЛЖ -3,5 см (норма 3,5 см), ФВ – 68% (норма 60-80%), ПЖ-2,0 см (норма 2,2 см), ЛП – 3,9 см (норма 4 см), МЖП – 1,2см (норма 0,8 – 1,1 см), ЗСЛЖ – 1,2 см (норма 0,8 – 1,1 см).

## Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

### Ситуационная задача № 41

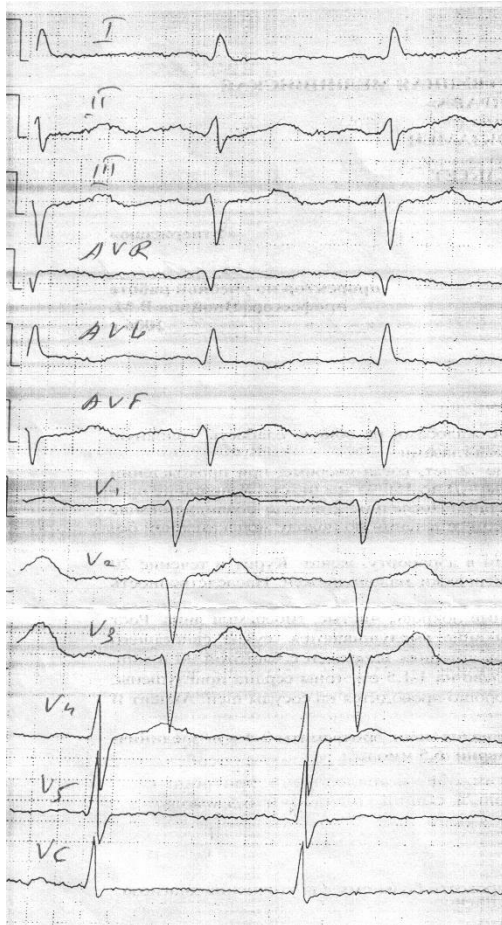
**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)**

Больной 47 лет, обратился к участковому врачу с жалобами на общую слабость, головную боль, головокружение, временами мелькание «мушек» перед глазами. История болезни: считает себя больным в течение 2 лет, когда впервые, при прохождении медицинской комиссии, было зарегистрировано повышение АД до 150/95 мм рт. ст. Лечение не проводилось, так как чувствовал себя вполне удовлетворительно. Последние 2 недели появились выше описанные жалобы. Два года назад лечился в урологическом отделении по поводу мочекаменной болезни. История жизни: работает (посменно) диспетчером в аэропорту, женат. Курит в течение 20 лет, последнее время выкуривает до 2 пачек за смену. Физически малоподвижен. Наследственность по АГ не отягощена.

**Объективно:** Состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, гиперемия лица. Рост 175 см, вес 100 кг. В легких ослабленное везикулярное дыхание, выслушиваются сухие, свистящего характера хрипы по всем полям легких. Пульс на лучевых артериях напряжен с частотой 90 в мин, АД 180/110 мм рт. ст., тоны сердца приглушены. I тон усилен на верхушке. Акцент II тона на аорте. Живот без особенностей. Симптом поколачивания положительный слева.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Клинический анализ крови без патологии
2. Общий анализ мочи: эритроциты 3-4 в п/з, единичные лейкоциты
3. Глюкоза крови 6,0 ммоль/л, общий холестерин 5,6 ммоль/л
4. ЭКГ:прилагается.



**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

### Ситуационная задача № 42

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной Б., 47 лет, менеджер строительной фирмы, госпитализирован с жалобами на интенсивную жгучую, давящую боль в грудной клетке в течение 1,5 часов, с иррадиацией в левое плечо и шею, слабость, головокружение, выраженную испарину, одышку в покое.

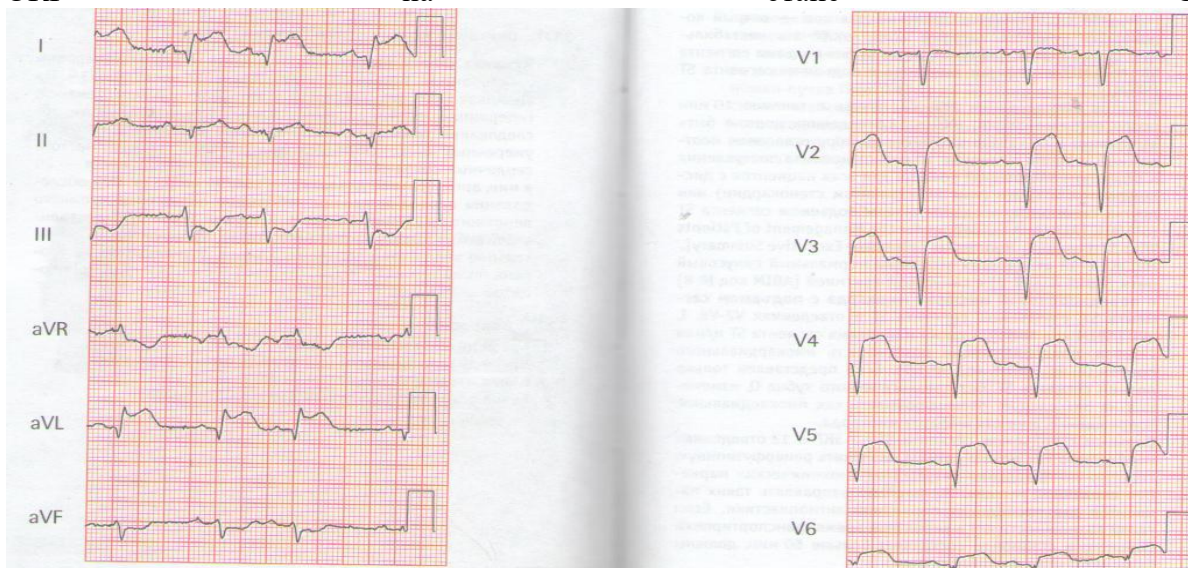
**Анамнез заболевания:** с 35 лет отмечает повышение артериального давления до 160/100 мм. Рт. ст. Не обследовался, не лечился. Болей в грудной клетке при физических нагрузках, одышки не было. Ведет малоподвижный образ жизни, курит в течение 20 лет 1 пачку в день. Инфарктов миокарда, инсультов не было. Уровень холестерина, глюкозы крови не знает. Рост 178 см, вес 105 кг. Отец в 49 лет перенес инфаркт миокарда. Болевой синдром в грудной клетке развился в ранние утренние часы впервые в жизни в покое, накануне вечером выраженное эмоциональное напряжение и злоупотребление алкоголем. Вызвал Скорую медицинскую помощь (СМП). При осмотре врачом СМП состояние тяжелое за счет болевого синдрома в грудной клетке, одышки. Записана электрокардиограмма (ЭКГ) (см. ниже). С некупированным болевым синдромом доставлен в приемное отделение.

**Объективно:** состояние тяжелое за счет болевого синдрома в грудной клетке, одышки, гипотонии. При осмотре кожные покровы мраморной окраски, холодные, выражено влажные. Сохраняется одышка в покое, частота дыхания до 28 в минуту, пациент принимает вынужденную позу полусидя. Аускультативно над всеми легочными полями влажные мелкопузырчатые хрипы. Пульс на лучевых артериях выражено ослаблен, нитевидный 120 ударов в минуту. Аускультативно в области сердца ослаблен I тон, выслушивается систолический шум на верхушке. Артериальное давление на правой верхней конечности 80/50 мм. рт. ст., на левой верхней конечности 75/50 мм. рт. ст. Отеков на нижних конечностях нет. По ЭКГ в приемном отделении без динамики, по сравнению с пленкой СМП.

**Дополнительные методы обследования:** общий анализ крови: Нв-145 г/л, лейкоциты –  $10 \cdot 10^9$ , эритроциты –  $4,5 \cdot 10^{12}$  СОЭ – 5 мм/ час. Биохимический анализ крови: сахар – 12 ммоль/л, креатинкиназа-МВ фракция – 95 Е/л (N=25 Е/л), тропонин Т – 0,8 нг/мл (N до 0,1 нг/мл); общий холестерин – 7,7 ммоль/л, холестерин липопротеинов низкой плотности – 5,2 ммоль/л (<1,8 ммоль/л); По ЭхоКГ фракция выброса левого желудочка – 35% (N=60-70%), регургитация на митральном клапане III, гипертрофия миокарда левого желудочка.

Рентгенологически в легких венозный застой III степени, тень сердца расширена влево.

ЭКГ на этапе СМП.





### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

### Ситуационная задача № 43

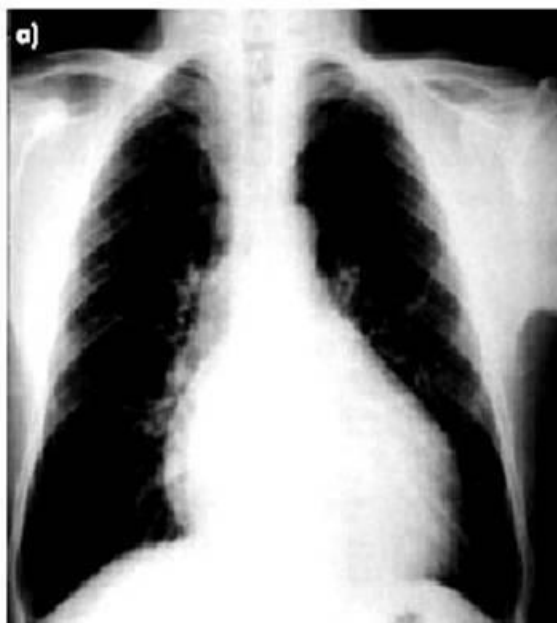
(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Вызов участкового врача на дом. Больной И., 24 лет, рабочей профессии, жалуется на резко выраженную одышку в покое, усиливающуюся при небольшой физической нагрузке, сердцебиение, резкую слабость, постоянную тупую боль в области сердца. Начало заболевания больной связывает с перенесенной респираторной инфекцией: через 1 неделю после инфекции возникла быстро прогрессирующая одышка, а еще через 1 неделю больной не смог из-за этого спать в горизонтальном положении. Ранее ничем не болел. В настоящее время находится в очередном отпуске.

**Объективно:** Состояние тяжелое. Положение ортопное. Акроцианоз, отеки нижних конечностей до нижней трети голени. Число дыханий 28 в 1 мин. В легких дыхание везикулярное, выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы в подлопаточных областях. Пульс слабого наполнения, 160 в 1 мин, АД 100/70 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости: правая до правой среднеключичной линии, верхняя в пределах нормы, левая до передней аксиллярной линии. Тоны сердца глухие. На верхушке сердца систолический шум. Живот не увеличен. Пальпируется край болезненной печени на 3 см ниже реберной дуги.

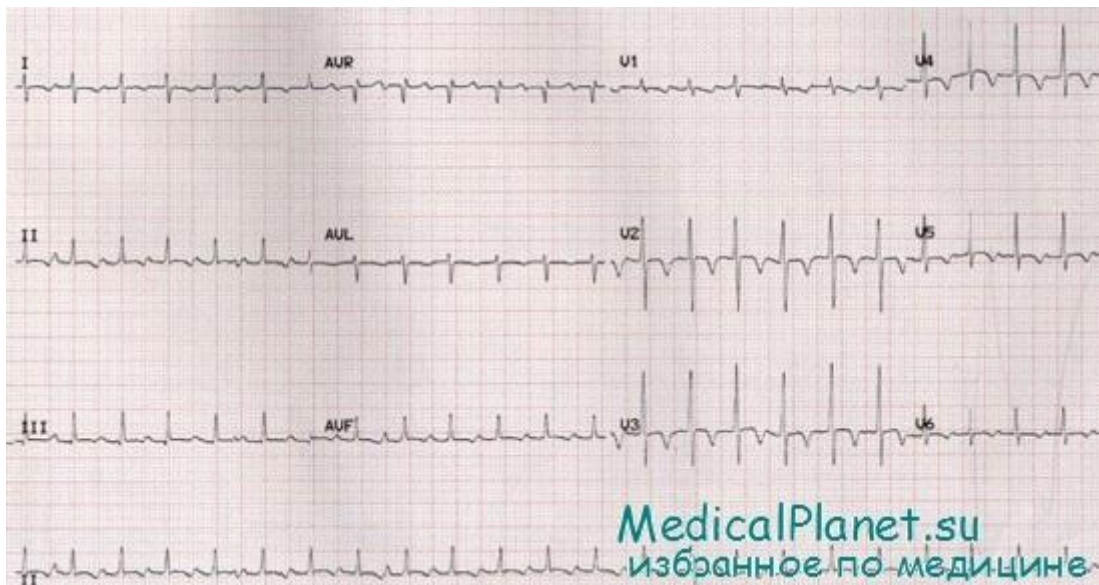
**При лабораторных и инструментальных исследованиях, проведенных на дому, выявлены следующие данные:** клинический анализ крови: СОЭ 20 мм/ч, НБ 145 г/л, лейкоц.  $8,4 \times 10^9$ /л.

Рентгенологическое исследование грудной клетки:





ЭКГ:



**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность

#### Ситуационная задача № 44

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная К., 32 г, библиотекарь. Вызов врача на дом. Жалобы на одышку в покое, сердцебиение, повышение температуры, выраженную слабость и потливость.

Месяц назад лечилась у участкового врача по поводу ОРВИ, в течение 5 дней принимала амоксициллин, однако продолжала сохраняться слабость, одышка в покое, ознобы по вечерам, температура тела с субфебрильных возросла до фебрильных цифр (от 37,7° до 39,5°). Похудела за это время на 5 кг.

**История жизни:** с детства наблюдается участковым врачом по поводу перенесенной в прошлом ревматической болезни. К врачам обращалась редко, чувствовала себя вполне удовлетворительно. Беременность и роды одни. Во время второй половины беременности госпитализировалась по поводу сохранения беременности в связи с заболеванием сердца.

**Объективно:** Состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, на ощупь горячие, влажные. На коже голеней отмечаются мелкоточечные геморрагические высыпания, умеренная отечность на голенях. Температура тела 39,1°. В легких дыхание везикулярное, в аксиллярных и подлопаточных областях незвучные мелкопузырчатые хрипы. ЧД 28 в мин. Пульсация сонных артерий. Пульс 110 в мин, ритмичный, высокий, скорый. АД 160/40 мм рт. ст. Левая граница относительной сердечной тупости смещена на 2 см наружи от среднеключичной линии, правая и верхняя в пределах нормы. Ритм сердца правильный, I тон на верхушке ослаблен, II тон над аортой ослаблен. Выслушивается протодиастолический шум с эпицентром в т. Боткина. Печень выступает из-под реберной дуги на 4 см, край закруглен, уплотнен, чувствителен при пальпации. Пальпируется край селезенки. Почки не пальпируются.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Анализ крови: Нв- 105 г/л; эритроциты -  $3,14 \times 10^{12}$ /л; ЦП- 096; СОЭ – 60 мм/ч; лейкоциты -  $15,1 \times 10^9$ /л; э -2%; п/я -10%; с/я -55%; лф -28%; м-5%.

2. Анализ мочи: обычного цвета; уд.вес – 1028; белок -0,042 г/л; сахар – отсутствует; лейкоциты -2-5 в п/зр; эритроциты – 25-30 в п/зр.

3. Креатинин 0,10 ммоль/л; общий белок -58 г/л;  $\alpha_1$  - 8%;  $\alpha_2$  -12%;  $\beta$  -7%;  $\gamma$  -23%; СРБ -12 мг/л (1-6)

4. ЭКГ - синусовая тахикардия (110 в мин.) , левограмма, ГЛЖ.

5. Рентгенограмма ОГК.



**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**Ситуационная задача № 45**

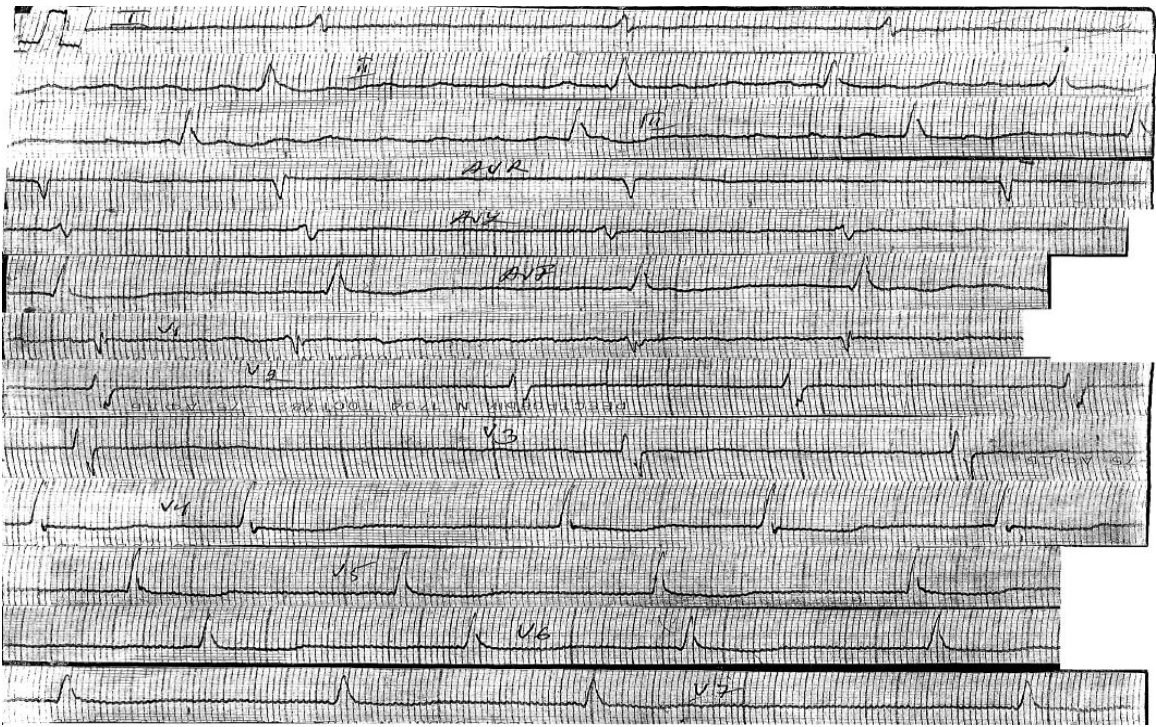
**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)**

Больной В., 35 лет, инженер, жалуется на отеки на ногах, тяжесть в правом подреберье, увеличение живота. В анамнезе употребление наркотиков. Два года назад стали беспокоить перебои в работе сердца, неоднократно лечился в стационаре. Год назад появилась тяжесть в правом подреберье, эпизодически появлялись отеки на ногах, 3 месяца назад стал увеличиваться живот.

**Объективно:** Диффузный цианоз с желтушным оттенком, иктеричность склер. В течение года субфебрилитет.  $t 36.9^0$ . Пастозность голеней. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 20 в минуту. Пульсация и набухание шейных вен. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритм неправильный 62 в мин., средней величины. ЧСС 72 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Тоны сердца неритмичные. У основания мечевидного отростка I тон ослаблен, выслушивается систолический шум, усиливающийся на вдохе. Живот «лягушачий». Симптом флюктуации положительный. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, край ее ровный, закругленный, поверхность гладкая, пальпация умеренно болезненна. Селезенка пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: гемоглобин – 102 г/л, лейкоциты –  $12 \times 10^9$ /л, п/я – 7%, с/я – 68%, лф – 23%, м – 2%. СОЭ – 26 мм/час
2. Биохимический анализ крови: сахар – 4,5 ммоль/л, ПТИ – 80%, АСТ – 65 (2-37 Ед/л), АЛТ – 89 (5-45 Ед/л), билирубин общий – 32,24 мкмоль/л (прямой – 16,12, непрямой – 12,12).
3. ЭКГ (см. ниже).



### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

### Ситуационная задача № 46

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная Ф., 45 лет, продавец, жалуется на выраженную слабость, недомогание, боли в пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах обеих кистей, ограничение объема движений, утреннюю скованность в указанных суставах до 10 часов, похудание.

Считает себя больной в течение 11 лет. Постепенно появились боль, преимущественно в ночное и утреннее время, припухлость, ограничение подвижности во II-III пястно-фаланговых суставах, периодически – общая слабость, одышка при физической нагрузке. В последующем в процесс вовлеклись проксимальные межфаланговые суставы обеих кистей, лучезапястные суставы, снизилась масса тела, появилась утренняя скованность в течение 60 мин, эпизодически отмечалось повышение температуры тела до 37,5°C. За медицинской помощью не обращалась, периодически принимала нимесулид с хорошим эффектом. В течение последнего месяца появились боли в локтевых, голеностопных суставах и мелких суставах стоп, появилась припухлость этих суставов и увеличилась длительность утренней скованности, что существенно затрудняет самообслуживание. Принимает метотрексат в дозе 10 мг/нед.

**Объективно:** состояние удовлетворительное. Пониженного питания. Кожа бледная, тургор снижен. На разгибательной поверхности локтевых суставов – округлые плотные образования d=1-2 см, безболезненные при пальпации. С обеих сторон пальпируются увеличенные подчелюстные, подмышечные лимфоузлы, умеренно плотные, безболезненные. Атрофия мышц тыльных поверхностей кистей. Определяется припухлость и болезненность при пальпации II-IV пястно-фаланговых и II-III проксимальных межфаланговых суставов, переразгибание во II-III дистальных, сгибательная контрактура II-III проксимальных межфаланговых суставов с обеих сторон. Объем активных движений в указанных суставах снижен. Ульнарная девиация кистей. По внутренним органам – без патологии.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: Нб - 90 г/л, эр. –  $2,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты -  $8,8 \times 10^9$  /л, э - 3%, п/я - 5%, с/я - 33%, л - 50%, м - 9%, СОЭ - 58 мм/час, тромбоциты –  $418,1 \times 10^9$ /л.
2. Биохимическое исследование крови: РФ 104 МЕ/мл (N до 16 МЕ/мл), фибриноген - 6,6 г/л (2-4), общий белок – 58 г/л,  $\alpha_1$  – 6%,  $\alpha_2$  – 16%,  $\beta$  – 19%,  $\gamma$  – 27%, СРБ – 18,6 мг/л (N=1-6 мг/л). АЦЦП – 74 Ед/мл (N= до 10 Ед/мл).
3. Рентгенограмма кистей (прилагается).

### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больной?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больной? Определить трудоспособность.



### Ситуационная задача № 47

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная З., 65 лет, пенсионер, обратилась к врачу в связи с жалобами на боли в коленных, тазобедренных, дистальных межфаланговых суставах кистей, возникающие при нагрузке и движениях, больше к вечеру, затихающие в покое; стартовые боли, возникающие после периода покоя, крепитацию (хруст) при активном движении в суставе, утреннюю скованность до 20 минут.

Давность заболевания точно определить не может. Отмечает постепенное, в течение 5-7 лет, нарастание вышеописанных болей в перечисленных суставах. Ранее за медицинской помощью не обращалась. Последние 20 лет пациентка работает вахтером в школе (продолжает работать и на пенсии).

**Объективно:** общее состояние удовлетворительное. Рост 160 см, вес 80 кг. Кожные покровы телесного цвета. Отеков нет. Коленные суставы деформированы за счет пролиферативных явлений, кожные покровы над ними обычной окраски, местная температура не изменена, небольшое ограничение подвижности за счет болевого синдрома, при активных движениях в коленных суставах слышен хруст. Отмечается болезненность при пальпации и ограничение подвижности дистальных межфаланговых суставов; их внешний вид представлен ниже. Атрофия мышц, окружающих пораженные суставы. Остальные суставы не изменены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, 78 в мин. АД 135/80 мм рт.ст. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, мягко-эластическая, безболезненная.

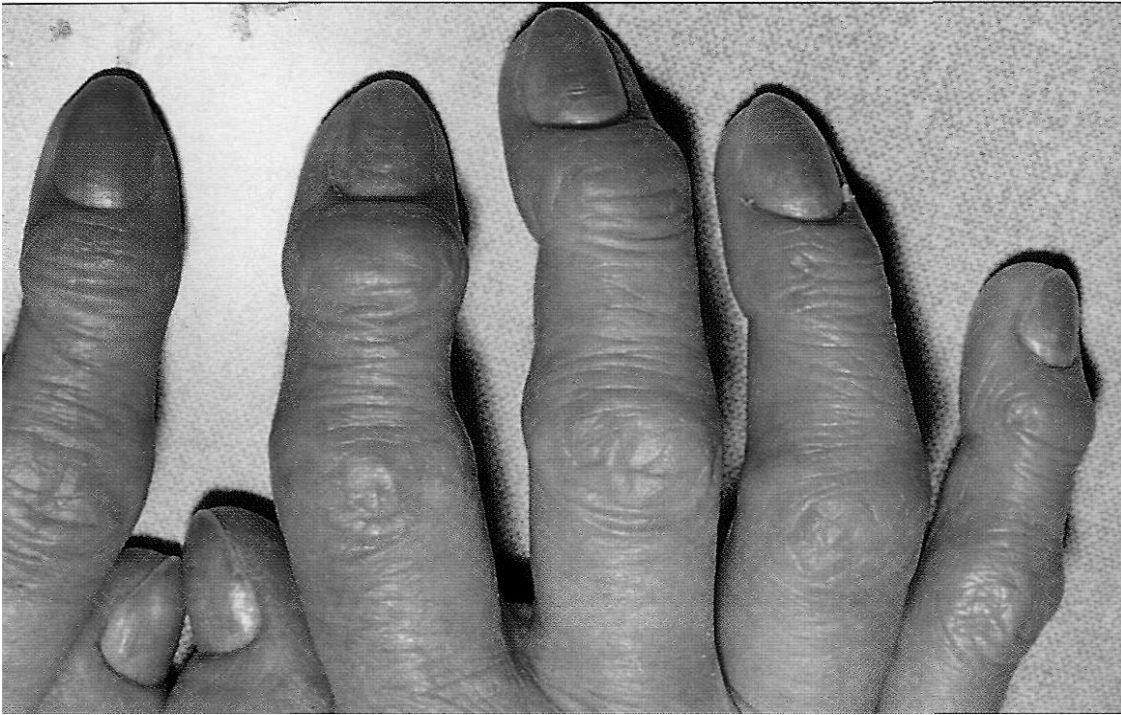
**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: Нб - 130 г/л, лейкоциты -  $6,7 \times 10^9$ /л: э - 3%, п/я - 4%, с/я - 57%, л - 30%, м-6%, СОЭ-20 мм/ч.
2. Рентгенография коленных суставов: сужение суставных щелей, субхондральный склероз, краевые остеофиты.
3. Рентгенография кистей: многочисленные остеофиты на краях суставных поверхностей, умеренно выраженное сужение суставных щелей, остеосклероз.

### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больной?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больной? Определить трудоспособность.





#### Ситуационная задача № 48

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная В., 25 лет, учитель, предъявляет с жалобы на затруднение вдоха при ходьбе, сухой кашель, повышение температуры до 38,6°C, сердцебиение, слабость. Два года назад, после ангины, возникли колющие боли в области верхушки сердца без связи с физической нагрузкой, различной длительности и интенсивности; появились летучие боли в коленных и плечевых суставах. За медицинской помощью не обращалась. Ухудшение 3 недели, лечилась амбулаторно по поводу ОРВИ (принимала парацетамол). Несмотря на проводимое лечение, сохранялись слабость, кашель, колебания температуры в течение суток.

**Объективно:** Кожа и видимые слизистые бледные, чистые, цианоз губ, кончика носа, цианотический румянец. Отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах. Пульс малый, ослаблен на левой лучевой артерии, 90 уд/мин. АД 110/70 мм рт.ст. Границы относительной сердечной тупости: правая - 1 см вправо от правого края грудины, верхняя – нижний край II ребра, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, трехчленный ритм, на верхушке сердца – хлопающий I тон, диастолический шум, во втором межреберье слева от грудины – акцент II тона, над мечевидным отростком – ослабление I тона. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень по краю реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

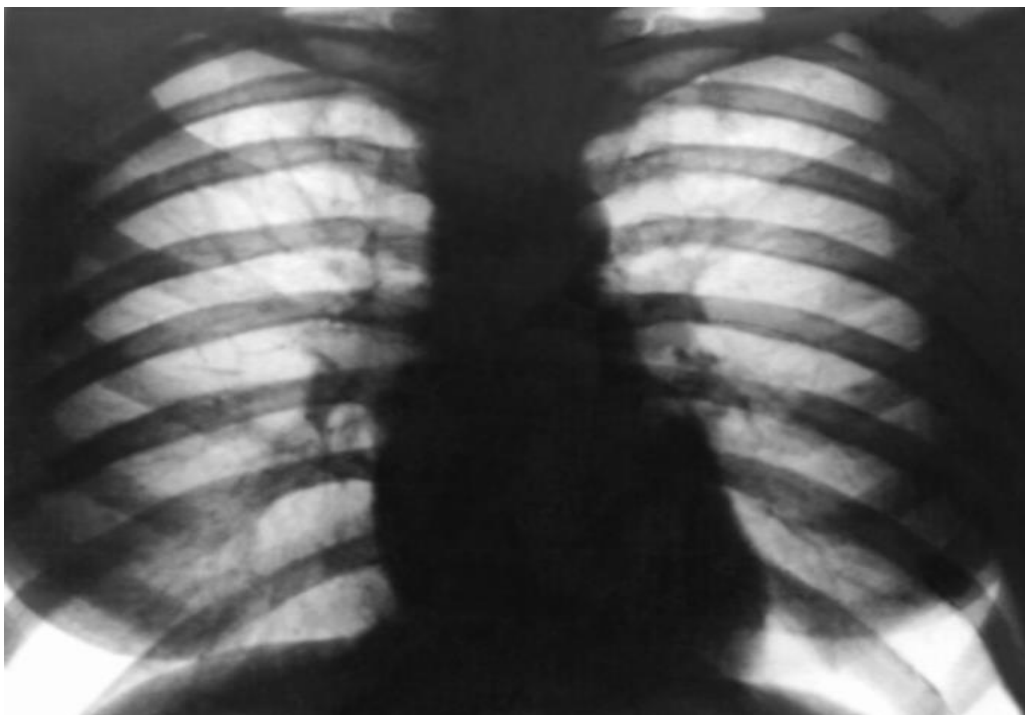
- 1.Общий анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, эритроциты -  $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты –  $12,1 \times 10^9$ /л, э - 3%, п/я - 8%, с/я - 53%, лф - 30%, м - 6%, СОЭ - 37 мм/час.
- 2.Общий анализ мочи: отн. плотность - 1019, белок – нет, лейкоциты – 3-4, эпителий - 1-2 в поле зрения.
- 3.Фибриноген - 6,2 г/л (2-4), общий белок – 57 г/л,  $\alpha_1$  – 6%,  $\alpha_2$  – 14%,  $\beta$  – 18%,  $\gamma$  – 28%,



СРБ – 7,5 мг/л (N=1-6 мг/л).

4.ЭКГ: P-mitrale

5.Рентгенограмма прилагается



#### **Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность

#### **Ситуационная задача № 49**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)**

Больной П. 42 лет, плотник, жалуется на головные боли, головокружение, сердцебиение; одышку при быстрой ходьбе, подъеме на 3-й этаж. В детстве – частые ангины, боли в области верхушки сердца и в коленных суставах. С 17 лет за медицинской помощью не обращался. В течение последних 10 лет периодически беспокоили головокружение, головные боли. Настоящее ухудшение в течение месяца: головные боли стали постоянными, снизилась переносимость физической нагрузки.

**Объективно:** Кожа бледная. Отёков нет. ЧД 20 в мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Усиленная пульсация сонных артерий, кивающие движения головы. Пульс на лучевых артериях скорый, высокий. На бедренных артериях слышен двойной шум. ЧСС 98 в мин. АД 170/40 мм рт.ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены, I тон на верхушке и II тон на аорте ослаблены. Над аортой выслушивается мягкий убывающий диастолический шум,

проводящийся область Боткина - Эрба, лучше выслушивается при наклоне вперёд и глубоком выдохе. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10×9×6 см.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

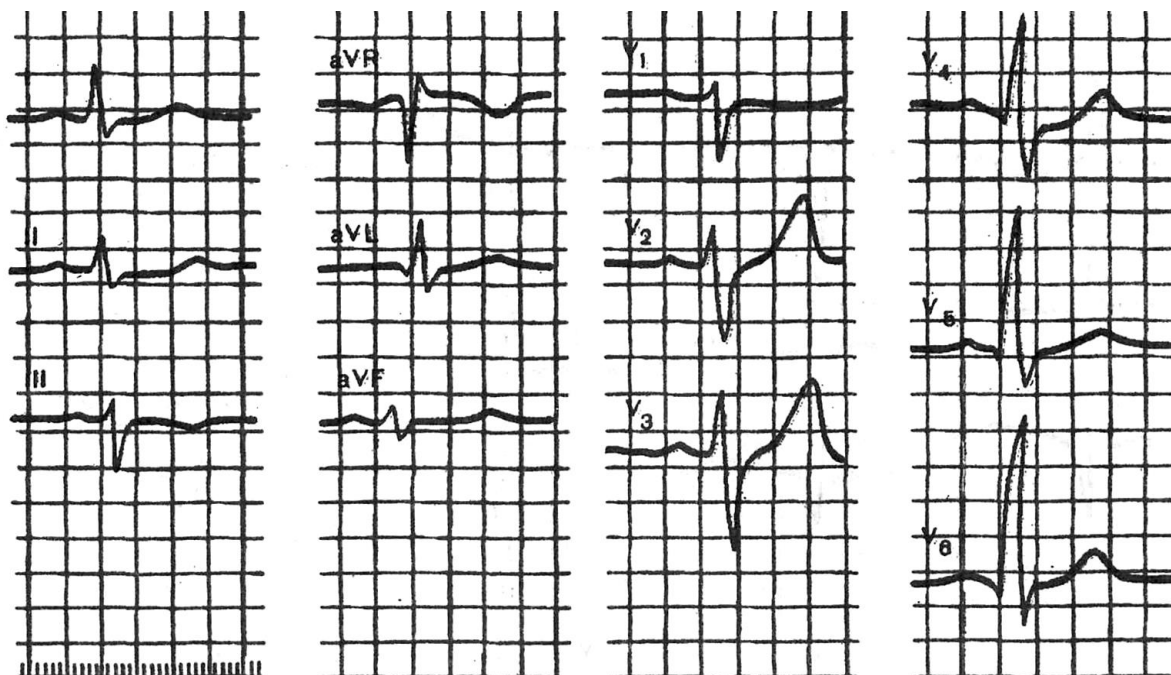
1.Общий анализ крови: гемоглобин – 140 г/л, эритроциты –  $4,7 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты –  $6,0 \times 10^9$ /л, э - 3%, п/я - 5%, с/я - 70%, л - 20%, м - 2%. СОЭ – 6 мм/ч.

2.Общий анализ мочи: отн. плотность-1016, белок – нет, лейкоциты – 1-3, эпителий – 1-3 в п/зр., эритроциты, цилиндры – нет.

3.Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,5 ммоль/л, холестерин – 4,8 ммоль/л, креатинин – 0,1 ммоль/л.

4.ЭКГ (см. ниже).

5.Рентгенограмма ОГК (см ниже)



Рентгенограмма ОГК



## Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

## Ситуационная задача № 50

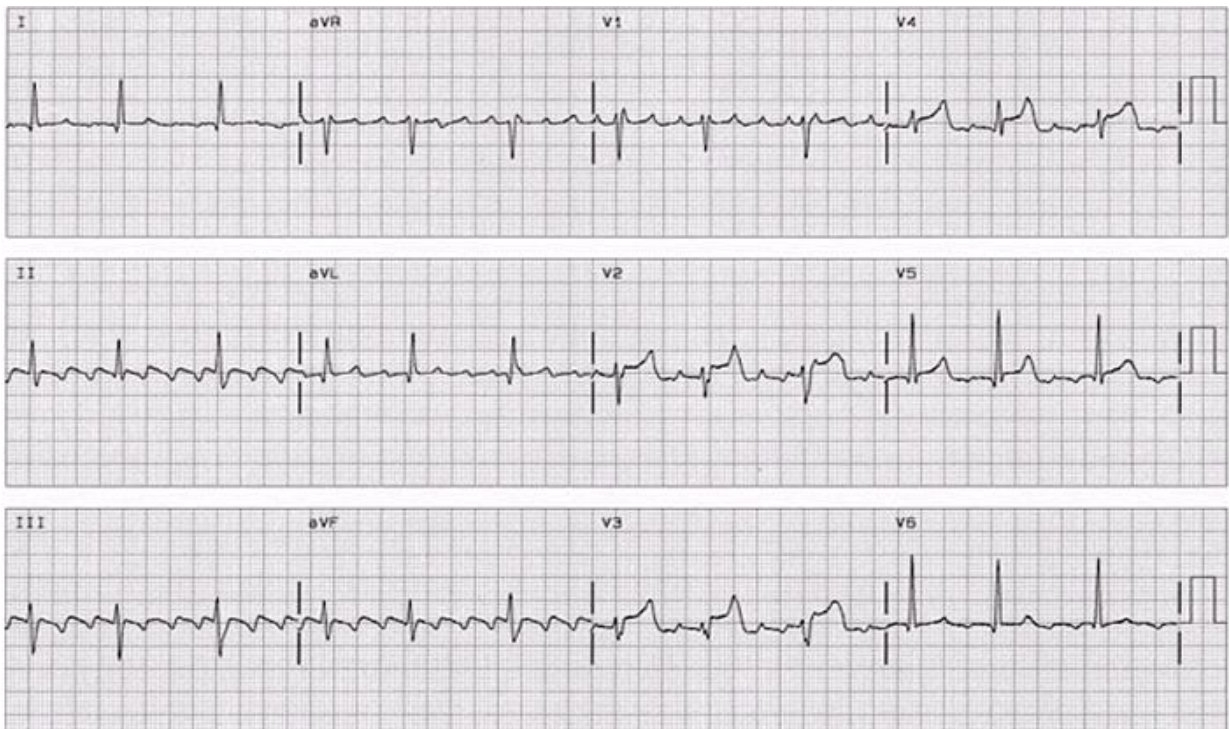
**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)**

Больной Ж., 19 лет, студент, жалуется на сердцебиение, колющие боли в прекардиальной области без связи с физической нагрузкой, чувство нехватки воздуха в покое, усиливающееся в горизонтальном положении, тяжесть в правом подреберье, боли и припухлость левого коленного сустава, резкое ограничение движения в нем, повышение температуры тела до 38,5°C. Считает себя больным в течение 20 дней: появились беспричинная слабость, повышение t° до 39°C, боли в горле; выявлена фолликулярная ангина, назначено лечение. Положительный эффект от лечения отметил на 3-й день и самостоятельно прекратил прием препаратов. Через 2 недели вновь усилилась слабость, повысилась t° до 37,9°C, появились боли и припухлость в правом коленном суставе, ограничение его подвижности, колющие боли в области верхушки сердца. Больной возобновил прием препаратов, рекомендованных ранее, но t° сохранялась, появились одышка, ощущение тяжести в правом подреберье.

**Объективно:** Положение ортопноэ, левая нога слегка согнута в колене. Кожа над левым коленным суставом гиперемирована, сустав припухший, горячий на ощупь, пальпация его резко болезненна, движения ограничены. Остальные суставы не изменены. Пальпируются подчелюстные лимфатические узлы размером до 1,5 см, подвижные, безболезненные, округлые, плотноэластические. ЧД 24 в мин. Дыхание везикулярное, в нижних отделах ослаблено, незвучные мелкопузырчатые хрипы в подлопаточных и подмышечных областях с обеих сторон. ЧСС 130 в мин. АД 95/70 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, аритмичные. Печень на 3 см ниже реберной дуги, болезненна, край слегка закруглен. Селезенка не увеличена. Свободной жидкости в брюшной полости нет.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

- 1.Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, лейкоциты -  $15 \times 10^9$ /л; п – 7%, с – 79%, лф – 13%, м – 1%; СОЭ - 28 мм/ч.
- 2.ЭКГ прилагается



### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

### Ситуационная задача № 51

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной В., 55 лет, горный мастер, жалуется на боли, припухлость плюснефаланговых суставов I-III пальцев левой стопы, в голеностопных, коленных суставах и утреннюю скованность в этих же суставах в течение 2-3 часов.

Заболел 6 лет назад, когда внезапно возникли боли, припухлость и покраснение I плюснефалангового сустава слева. За медицинской помощью не обращался, самостоятельно принимал нимесулид в течение 7 дней с хорошим эффектом (боли, гиперемия и припухлость полностью купировались). В дальнейшем стал отмечать эпизоды болей в I плюснефаланговых суставах в среднем 2 раза в год, преимущественно после употребления алкоголя и мясной пищи в больших дозах. Постепенно присоединились боли в голеностопных и коленных суставах, которые самостоятельно купировал приемом нимесулида. Настоящее ухудшение в течение последних 10 дней: появились боли и припухлость плюснефаланговых суставов правой и левой стопы, над вышеуказанными суставами – гиперемия кожи, эффект от приема нимесулида был минимальным. Через 3 дня от начала настоящего обострения заболевания стали беспокоить приступообразные боли в правом подреберье с иррадиацией на внутреннюю поверхность бедра и наружные половые органы, по поводу чего неоднократно обращался в СМП и врачами которой было рекомендовано обследование и лечение в амбулаторном порядке.

**Объективно:** общее состояние удовлетворительное. Повышенного питания. Кожа телесного цвета, чистая. По краю ушных раковин плотные белесоватые образования до 5 мм в диаметре. В области плюснефаланговых суставов I-III пальцев обеих стоп – припухлость, резкая болезненность при пальпации. Голеностопные, коленные суставы: выраженная припухлость, умеренная болезненность при пальпации, объем движений ограничен. Местная температура над суставами повышена. По внутренним органам – без патологии. Болезненность при пальпации в реберно-позвоночной точке справа.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: Hb - 128 г/л, эр. -  $4,15 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты -  $12,5 \times 10^9$  /л, э - 1%, п/я - 9%, с/я - 50%, л - 35%, м - 5%, СОЭ - 36 мм/час.
2. Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, уд. вес – 1018, белок – 0,09 г/л, лейкоциты – 6-8, эпителий – 6-8 в поле зрения, эритроциты – 4-5 в поле зрения, ураты – большое количество.
3. Биохимическое исследование крови: общий белок – 72 г/л, фибриноген – 5,7 г/л, СРБ – 14,6 мг/л (N=1-6 мг/л), мочевины – 5,3 ммоль/л, мочевая кислота – 598 мкмоль/л (N=210-420 мкмоль/л), креатинин 0,1 ммоль/л.
4. Рентгенограмма стоп (прилагается).

#### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



## Ситуационная задача № 52

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная Д., 35 лет, бухгалтер, обратилась к врачу в связи с жалобами на общее недомогание, слабость, потерю веса на 5 кг за последние 3 месяца, мигрирующие боли в дистальных и проксимальных межфаланговых суставах кистей, красные пятна неправильной формы на лице, субфебрильную температуру тела.

Считает себя больной около 10 месяцев, когда появились боли во II-III проксимальных и дистальных межфаланговых суставах, их припухлость и гиперемия, поочередно на правой и левой кисти и нарастающая слабость. После длительного пребывания на солнце (отдых на море) самочувствие ухудшилось: присоединились боли в голеностопных суставах, стала худеть без видимой причины, повысилась температура тела до 37,5°C, без ознобов, появилось пульсирующее, разлитое покраснение кожи с цианотичным оттенком в средней зоне лица, усиливающееся при воздействии внешних факторов (ветер, холод) и при волнениях, что больная долгое время рассматривала как последствие загара. Во время очередного планового медосмотра выявлены изменения в анализах крови и мочи, в связи с чем обратилась к участковому терапевту.

**Объективно:** состояние больной при поступлении средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, «сосудистая бабочка» в области переносицы и щек неправильной формы, волосы тусклые, ломкие, имеются участки облысения. Подкожно-жировая клетчатка практически отсутствует. Отеков нет. Пальпируются подчелюстные, подмышечные, паховые лимфоузлы 0,5-1 см в диаметре, мягкой консистенции, безболезненные при пальпации. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Отмечается припухлость проксимальных и дистальных межфаланговых суставов кистей и голеностопных суставов, болезненность при движениях в них, гиперемия кожи над ними. Грудная клетка нормостеничная, симметричная, равномерно участвует в дыхании. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, 78 в мин., АД 120/80 мм рт.ст. Верхушечный толчок визуально и пальпаторно не определяется. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца глухие, ритмичные, ЧСС 78 в минуту. Отечность и гиперемия красной каймы губ. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах при поверхностной и глубокой пальпации. Печень по краю реберной дуги. Пальпация правого подреберья безболезненна. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, пальпация в их проекции безболезненна.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: Нb 100 г/л, эритроциты -  $2,9 \times 10^{12}$ /л, ЦП - 0,9; лейкоциты  $2,7 \times 10^9$ /л, э- 4%, п/я -3%, с/я - 62%, л - 25% м - 6%; СОЭ 40 мм/ч, тромбоциты -  $88 \times 10^9$ /л.
2. Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес 1,016; белок - 0,3 г/л, глюкоза -нет, лейкоциты -1-2, эпителий почечный - 2-4 в поле зрения, эритроциты - 3-6 в поле зрения, цилиндры гиалиновые -5-8, цилиндры восковидные 2-3 в поле зрения, соли - нет.
3. Биохимическое исследование крови: билирубин общий - 38,8 мкмоль/л, прямой - 8,2, непрямой - 30,6 мкмоль/л, креатинин - 0,09 ммоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, АСТ-10 Ед/л (норма 5-37Ед/л), АЛТ -12 (норма 4-42 Ед/л), холестерин - 4,0 ммоль/л, калий - 3,9 ммоль/л, общий белок - 86 г/л,  $\alpha_1$ - 3,5%,  $\alpha_2$  -10,5%,  $\beta$ - 13,6%,  $\gamma$ - 27,4%, фибриноген - 6,2 г/л, СРБ-90 мг/л (норма 1-6 мг/л).
4. Антитела к ДНК 40 МЕ/мл (0.00-25.00), антинуклеарный фактор 1:320 (<1:160).

### **Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больной?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больной? Определить трудоспособность.

### **Ситуационная задача № 53**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)**

Больная Б., 45 лет, программист, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на общую слабость, боли в кистях, от незначительных до умеренных, симметричные и достаточно упорные, утреннюю скованность в кистях до 60 минут, плотный отек кистей и ограничение движений в них, сухой кашель, сердцебиение при физической нагрузке, сухость во рту, затруднение жевания и глотания, зябкость кистей, их цвета (побеление, посинение, покраснение) на холоде, при волнении.

Считает себя больной с 40 лет: после сильного переохлаждения впервые стала отмечать онемение пальцев обеих рук при мытье их холодной водой, постепенно продолжительность онемения увеличивалась, оно стало возникать при незначительном понижении температуры воздуха. Постепенно в течение 6 мес. присоединилась общая слабость, снижение аппетита, в связи с чем больная обратилась в поликлинику по месту жительства, была обследована (общий анализ крови и мочи, флюорография, ФГДС, УЗИ органов брюшной полости и почек), однако причина астенизации не была выявлена. Онемение пальцев рук сохранялось, постепенно появились ограничение подвижности пальцев и боли в ногтевых фалангах кистей. При повторном осмотре через год был выставлен диагноз ревматоидного артрита и назначен метотрексат по 15 мг/нед., после чего боли купировались, но онемение кистей рук сохранялось, и больная самостоятельно прекратила лечение. В возрасте 42 лет после длительного пребывания на солнце (отдых на море) больная стала отмечать затруднение глотания, сухой кашель и сердцебиение при ходьбе. В течение последних 6 мес. резко усилились боли в ногтевых фалангах пальцев кистей при попытке работы на клавиатуре компьютера.

**Объективно:** состояние средней степени тяжести. Внешний вид больной представлен ниже. Кожные покровы равномерно гиперпигментированы. Кожа кистей и пальцев рук холодная, уплотнена, равномерно утолщена, не берется в складку, морщины над межфаланговыми суставами отсутствуют. Кожа в области плеча и предплечья с обеих сторон уплотнена, плохо берется в складку. На коже туловища множественные телеангиэктазии. Ногтевые фаланги всех пальцев укорочены. Мышцы плечевого и тазового пояса атрофичны, предплечий – уплотнены, ригидны. Объем пассивных и активных движений в межфаланговых суставах резко снижен. Дыхание поверхностное, 24 в мин. Экскурсия грудной клетки 3 см. При аускультации - симметричное ослабление везикулярного дыхания в нижних отделах. АД 110/70 мм рт.ст. Тоны сердца ритмичные; I тон над верхушкой и основанием мечевидного отростка ослаблен, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный как при поверхностной, так и при глубокой пальпации.

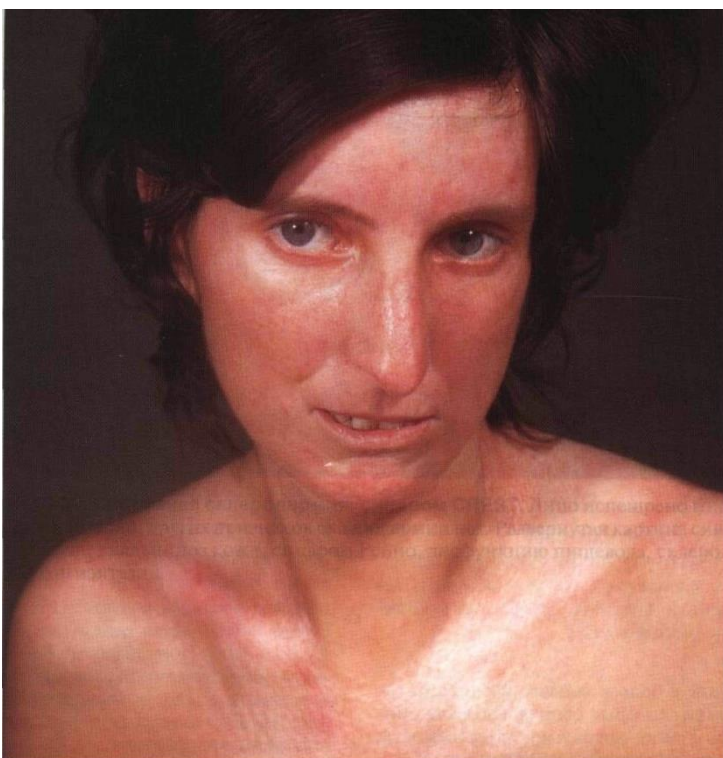
**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**



1. Общий анализ крови: эритроциты  $3,1 \times 10^{12}/л$ , Hb 95 г/л, ЦП-0,85; лейкоциты  $15,3 \times 10^9/л$ ; э – 2%, п – 8%, с – 72%, л – 17%, м – 1%; СОЭ 27 мм/ч.
2. Биохимический анализ крови: общий белок 75 г/л;  $\alpha 1$  - 3,8%,  $\alpha 2$  – 12%;  $\beta$ – 12%;  $\gamma$  – 32,2%; фибриноген – 6,6 г/л; СРБ 12 мг/л (норма 1-6 мг/л).
3. LEклетки – отрицательно.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больной?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больной? Определить трудоспособность.



### Ситуационная задача № 54

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная Г., 18 лет, студентка, обратилась к врачу с жалобами на интенсивные боли в коленных и голеностопных суставах, резко ограничивающие движения, наличие зудящей болезненной сыпи на ногах, изменение цвета мочи, диффузные спастические боли в животе, усиливающиеся после приема пищи.

Заболела остро: 3 дня назад без видимой причины появились боли в коленных и голеностопных суставах, их припухлость и местная гипертермия. Одновременно больная заметила появление симметрично расположенной ярко-красной сыпи на стопах и голенях. В течение последующих 2 дней сыпь распространилась на бедра и ягодицы, на стопах и голенях в области высыпаний появились пузырьки с кровянистым содержимым. Дважды больная отметила кровянистый цвет мочи. Вчера вечером после еды появились схваткообразные боли в животе, сопровождавшиеся тошнотой, дважды была рвота съеденной пищей, принеся облегчение. Сегодня утром после завтрака вновь возникли боли в животе и тошнота; рвоты не было.

**Объективно:** состояние средней степени тяжести. Кожа бледная, обычной влажности, на ногах множественные симметричные высыпания: петехии и пурпура, в области голеностопных суставов - везикулы с геморрагическим содержимым и подсыхающие корочки, в области ягодиц эритематозные пятна, папулы. Коленные и голеностопные суставы увеличены в объеме за счет припухлости, резко болезненны при пальпации, объем активных и пассивных движений в них существенно ограничен. Остальные суставы не изменены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 100/66 мм рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС 102 в мин. Язык обложен белым налетом, влажный. Пальпация живота умеренно болезненна во всех отделах. Перистальтика сохранена. Перитонеальные симптомы отрицательны. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Пальпация почек безболезненна, почки не пальпируются.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: Нв 112 г/л, эритроциты  $-3,64 \times 10^{12}/л$ , ЦП-0,96; СОЭ - 30 мм/ч, тромбоциты  $-260,0 \times 10^9/л$ , лейкоциты  $20,0 \times 10^9/л$ , э - 2%, п/я - 10%, с/я - 55%, л - 28%, м - 5%.
2. Общий анализ мочи: кровянистая, удельный вес - 1028, белок - 0,033 г/л, сахар - нет, лейкоциты - 2-5 в поле зрения, эритроциты - 20-30 в поле зрения, соли - нет.
3. Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты - 2000 в 1 мл, эритроциты - 10000 в 1 мл, цилиндры - 5 в 1 мл.
4. Биохимическое исследование крови: билирубин - 8,8 (2,2/6,6) мкмоль/л, АСТ - 28 Ед/л (норма 5-37 Ед/л), АЛТ - 30 Ед/л (норма 4-42 Ед/л), мочевины - 3,2 ммоль/л, креатинин - 0,10 ммоль/л, глюкоза - 4,1 ммоль/л, общий белок - 70 г/л, альбумины - 49%, глобулины - 51%:  $\alpha 1$  - 8,0%,  $\alpha 2$  - 12%,  $\beta$  - 8%,  $\gamma$  - 23%; СРБ 16 мг/л (норма 1-6 мг/л).
5. ФГДС: геморрагический дуоденит.

#### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больной?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больной? Определить трудоспособность.

### Ситуационная задача № 55

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной Д., 29 лет, юрист, обратился к врачу с жалобами на повышение температуры тела до 38,3-39°C, потерю веса на 10 кг за последние 3 месяца, повышение АД до 260/180 мм рт.ст., снижение зрения, выраженную общую слабость.

Считает себя больным около 6 месяцев, когда появились тянущие боли и мышечная слабость в мышцах голени, усиливающиеся при ходьбе. В течение последующих 3 месяцев интенсивность мышечных болей и слабости увеличилась, появились эпизоды повышения температуры тела до 39°C, сопровождавшиеся проливными потами. За медицинской помощью не обращался, самостоятельно принимал диклофенак с кратковременным положительным эффектом, амоксилав – без эффекта. 3 месяца назад на фоне продолжающихся эпизодов гипертермии развилась резкая слабость в кистях и стопах, более выраженная слева, в связи с чем больной утратил возможность самообслуживания и обратился за медицинской помощью. Тогда же впервые зарегистрировано повышение АД (180/110 мм рт.ст.), сопровождавшееся головной болью, головокружением и тошнотой. Больной был обследован в амбулаторном порядке, однако причина вышеуказанной симптоматики осталась не выявленной. Эффективность комбинированной гипотензивной терапии была минимальной. Эпизодически отмечалось значимое повышение АД (до 260/180 мм рт.ст.). В этот же период времени у больного резко ухудшилось зрение.

**Объективно:** состояние средней степени тяжести, пониженного питания. Температура тела 38,3°C. Обездвижен, не может обслуживать себя из-за пареза кистей и стоп. Сетчатое изменение рисунка кожи на туловище и конечностях. Атрофия мышц, особенно конечностей. По ходу плечевых артерий пальпируются мелкие узелки. Пульс 120 в 1 мин, ритмичный. Левая граница относительной сердечной тупости – на 1 см левее среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона на аорте. АД 250/150 мм рт.ст. Печень выступает на 1 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. ОАК: Нб 105 г/л, эритроциты –  $3,04 \times 10^{12}$ /л, ЦП-0,8, СОЭ – 56 мм/ч, лейкоциты  $16,5 \times 10^9$ /л, э - 5%, п/я – 12%, с/я – 50%, л – 28%, м – 5%.
2. Общий анализ мочи: желтая, удельный вес 1028, белок – 0,12 г/л, сахар – нет, лейкоциты – 2-5 в поле зрения, эритроциты – 10-15 в поле зрения, соли - нет.
3. НВsAg(повторно)– 0,15МЕ/мл (норма 0-0,05 МЕ/мл).
4. Биохимический анализ крови: фибриноген 8 г/л, СРБ 90 мг/л (норма 1-6мг/л), общий билирубин 24 мкмоль/л, АСТ 48 Ед/л (норма 5-37 Ед/л), АЛТ 54 Ед/л (норма 4-42 Ед/л)
5. Консультация окулиста: острая гипертензивная ангионейроретинопатия в стадии дегенеративных необратимых изменений.
6. Морфологическое исследование биоптата печени: признаки хронического персистирующего гепатита.

#### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

### Ситуационная задача № 56

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной В., 48 лет, кладовщик, инвалидности нет. Поступил в клинику с жалобами на кашель с желеобразной мокротой, резкую слабость, потливость, повышение температуры тела до 39,5°. Беспокоит боль в верхней половине грудной клетки справа, связанной с дыханием.

**Анамнез заболевания.** Заболел остро 7 дней назад после переохлаждения, появился озноб, повышение температуры тела до 39,5°, кашель вначале сухой, затем с желеобразной мокротой, боли в грудной клетке справа. За медицинской помощью не обращался. Принимал самостоятельно аспирин, эффект был кратковременный, температура не снижалась, в связи с чем вызвал скорую помощь и госпитализирован.

**Анамнез жизни:** Злоупотребляет алкоголем более 10 лет, курит - 30 лет по 1 пачке в сутки.

**ОБ –но:** Общее состояние больного тяжелое, цианоз губ, румянец на правой щеке, температура при осмотре 39°, ЧД до 30 в минуту в покое. Грудная клетка при осмотре симметрична, При перкуссии легких справа в проекции верхней доли отмечается значительное притупление перкуторного звука, дыхание здесь же везикулярное ослабленное, выслушивается крепитация, бронхофония усилена, усилено голосовое дрожание.

Слева дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 105/60 мм.рт.ст. Пульс одинаковый с обеих сторон 130 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительных качеств. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичны, частота 130 в минуту. Живот при пальпации мягкий, во всех отделах безболезнен. Печень не увеличена, безболезненная при пальпации.

Лабораторно:

1.ОАК: СОЭ-46 мм/ч, Нв-129 г/л, эр.-4,1x10<sup>12</sup>/л, лейкоциты -18,6x10<sup>9</sup>/л, п/я-11%, с/я-72%, лимф.-10%, мон.-7%.

2.ОАМ: прозрачная, белок-0,4 г/л; пл.эп.- ед., лейкоц.-2-3, эр.-0.

3. Общий белок- 56 г/л, глюкоза- 5,2 ммоль/л, креатинин-0,06 ммоль/л, мочевины 3 ммоль/л, АсТ-20, АлТ-17.

Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



### **Ситуационная задача № 57**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)**

Больной К., 49 лет, водитель, поступил в клинику с жалобами на кашель с мокротой ржавого цвета в количестве 15 мл. в сутки, резкую слабость, потливость, повышение температуры тела до 38,5°, ознобы.

**Анамнез заболевания.** Заболел около 2-х дней назад. Внезапно поднялась температура тела до 39°-40°, появились боли в правой половине грудной клетки при кашле и вдохе, кашель непродуктивный, сегодня утром впервые появилась мокрота ржавого цвета, что заставило больного обратиться в поликлинику, после проведенной рентгенографии органов грудной клетки больной был госпитализирован в отделение в экстренном порядке.

**Анамнез жизни:** без особенностей.

**ОБ –но:** Общее состояние больного средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, повышенной влажности. ЧД до 26 в минуту в покое. Грудная клетка: при осмотре симметрична, голосовое дрожание усилено справа в подлопаточной области. При перкуссии легких справа в аксиллярной области, подлопаточной области отмечается притупление перкуторного звука, дыхание здесь же везикулярное ослабленное, выслушивается крепитация. Слева дыхание везикулярное, АД 130/70 мм.рт.ст. Пульс

одинаковый с обеих сторон 88 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительных качеств. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичны, частота 88 в минуту. Живот при пальпации мягкий, во всех отделах безболезнен. Печень и селезенка не увеличены. Пузырные симптомы отрицательные. Язык обложен белым налетом, суховат. Физиологические отправления в норме.

Дополнительные методы исследования:

1. Общий анализ крови: СОЭ -25 мм. в час, Лейкоциты –  $18 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 12%, сегментоядерные нейтрофилы-82%, лимфоциты-4%, моноциты-2%.
2. Рентгенограмма органов грудной клетки прилагается.
3. Общий белок – 61 г/л.
4. КЩС -  $pO_2$ , мм рт. ст. 76 мм рт. ст.,  $SaO_2$  90 %.

Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



### Ситуационная задача № 58

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной С., 28 лет, учитель, поступил в клинику с жалобами на кашель с мокротой ржавого цвета, боли в левой половине грудной клетки, которые усиливаются при кашле, глубоком вздохе, движении; резкую слабость, потливость, повышение температуры тела до 39,5°. Беспокоит одышка смешанного характера, усиливается при движении, разговоре.

**Анамнез заболевания.** Заболел остро через 7 дней после перенесенного гриппа (в семье болели все родственники), появился озноб, повышение температуры тела до 39,5°, кашель вначале сухой, затем с мокротой ржавого цвета, боли в грудной клетке слева при дыхании. В поликлинику обратился через 3 дня, т.к. улучшения от приема лекарств в домашних условиях не было. После осмотра больного в поликлинике, врач направил его в стационар.

**Анамнез жизни:** без особенностей.

ОБ –но: Общее состояние больного тяжелое, цианоз губ, румянец на правой щеке, температура при осмотре 39°, ЧД до 30 в минуту в покое. Грудная клетка при осмотре симметрична, голосовое дрожание усилено слева в подлопаточной области. При перкуссии легких слева в подлопаточной области и по боковой поверхности грудной клетки (по аксиллярным линиям) отмечается значительное притупление перкуторного звука, дыхание здесь же везикулярное ослабленное, выслушивается крепитация, бронхофония усилена. Справа дыхание везикулярное, АД 115/60 мм.рт.ст. Пульс одинаковый с обеих сторон 120 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительных качеств. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичны, частота 120 в минуту. Живот при пальпации мягкий, во всех отделах безболезнен. Печень и селезенка не увеличены.

Дополнительные методы исследования:

1.Общий анализ крови: СОЭ – 22 мм. в час, Лейкоциты –  $19 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 12%, сегментоядерные нейтрофилы-72%, лимфоциты-14%, моноциты-2%.

2.Рентгенограмма органов грудной клетки прилагается.

3.Общий белок – 69 г/л.

4.КЩС - рО<sub>2</sub>, мм рт. ст.72 мм рт. ст., SaO<sub>2</sub> 80 %.

Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).

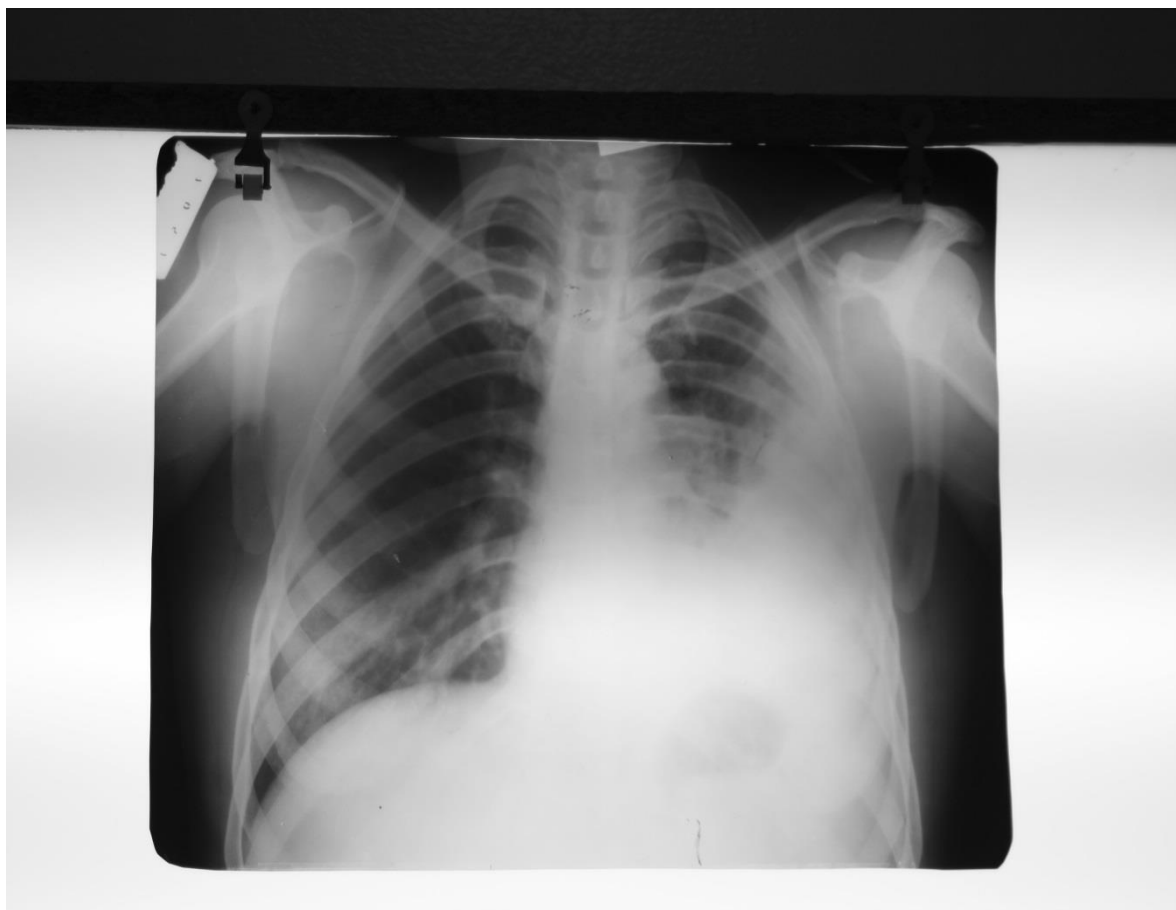
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?

3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.

4 Составьте программу лечения.

5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?

6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



### Ситуационная задача № 59

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная Р., 55 лет, кондуктор, поступила в клинику с жалобами на одышку смешанного характера при незначительной физической нагрузке, резкую слабость, снижение аппетита, недомогание, прогрессирующее похудание, сухой надсадный кашель.

**Анамнез заболевания.** Болеет в течение 4 - х месяцев. Заболевание развивалось постепенно, нарастала слабость, потеря аппетита, похудание. Около 2-х месяцев назад появилась одышка и постепенно нарастала, за медицинской помощью не обращался. В течение последних 2-х недель усилилась одышка.

**Анамнез жизни:** Курит – с 20 лет по 2 пачки сигарет в сутки. Другие вредные привычки отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Туберкулезом ранее не болела. Последние 5 лет наблюдалась у маммолога по поводу мастопатии.

**ОБ-но:** Общее состояние средней степени тяжести. Лицо бледное с сероватым оттенком. Питание понижено. ЧД – 28 в минуту. Отмечается притупление перкуторного звука справа, начиная с 4 ребра. В зоне притупления отсутствует голосовое дрожание, дыхание не прослушивается, хрипов, крепитации нет. Относительная сердечная тупость смещена влево до среднеключичной линии. Тоны приглушены, ритмичные 90 ударов в минуту. АД 130/80мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Проведена пункция плевральной полости. Удалено 1,5 литра геморрагического экссудата.

**Дополнительные методы исследования:**

1.Общий анализ крови: СОЭ -25 мм. в час, Лейкоциты –  $8.0 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 12%, сегментоядерные нейтрофилы-82%, лимфоциты-4%, моноциты-2%, гемоглобин – 90г/л.



2. Рентгенограмма органов грудной клетки прилагается.
3. Общий белок – 58 г/л.
4. КЩС - рО<sub>2</sub>, мм рт. ст. 60 мм рт. ст., SaO<sub>2</sub> 77 %.
5. Анализ плевральной жидкости: относительная плотность: 1,020; белок – 4%, проба Ривальта (+). БК – не обн. Эритроциты – значительное количество, лейкоциты – много. Формула: э – 1, П – 6, С – 70, Л – 15, М – 6

Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



### Ситуационная задача № 60

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной Л. 35 лет, юрист, поступил в клинику с жалобами:

-На приступы удушья (затруднение выдоха) по утрам без четкого эффекта от ингаляторов (β-агониста – беротека);

-Иногда обращал внимание на окрашенную желтым цветом слюну с горьким привкусом в утренние часы.

-На изжогу в утренние часы

**Анамнез заболевания:** Считает себя больным более 3–х лет, когда впервые появились вышеуказанные приступы удушья по утрам. Обращался в консультативную поликлинику, где при проведении обследования был установлен диагноз бронхиальной астмы. Назначено базисное лечение по поводу данного заболевания. Пациент строго придерживался рекомендаций: ежедневно постоянно принимал ингаляции беротека по 2 вдоха X 4 раза в сутки, через 10 минут после беротека принимал ингаляции флютиказона пропионата (фликсотид) утром 250 мкг. Однако, несмотря на проводимое лечение, состояние ухудшилось. Приступы удушья стали появляться чаще, эффекта от базисной терапии и β-агонистов не было. При более подробном сборе анамнеза удалось выяснить, что изжога эпизодически беспокоит более 6 лет, особенно после приема кислой пищи, в утренние часы, при физической работе в наклон. По данному поводу не обследовался и не лечился. Настоящая госпитализация связана с участвовавшими приступами удушья.

**Анамнез жизни:** Наследственность по бронхиальной астме неотягощена. Аллергологический анамнез спокоен.

**Объективно:** Состояние ближе к удовлетворительному. Кожные покровы телесного цвета, чистые. Отеков нет. Костно-мышечная система без особенностей. Грудная клетка цилиндрической формы. Обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания. Дыхание поверхностное, выдох несколько удлинен. Перкуторно над всеми легочными полями ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, рассеянные диффузные свистящие хрипы на выдохе. ЧД – 20 в минуту. Сердце – тоны ясные, ритмичные с частотой 88 в минуту. АД – 120/80 мм.рт.ст. Живот симметричен, активно принимает участие в дыхании. При пальпации во всех отделах мягкий, безболезненный. Перитонеальные симптомы отрицательные. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не увеличена. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Дополнительные методы обследования:

ФБС: Без патологии.

ЭКГ: Синусовый ритм с частотой 88 в минуту.

ФВД с фармакологической пробой (беротеком):  $ОФВ_1$  до пробы – 65% от должной величины, после фарм. пробы  $ОФВ_1$  – 85% от должной величины. Индекс Тиффно составил до пробы – 0,65, после пробы – 0,7.

Рентгенография органов грудной клетки: Без инфильтративных изменений. Синусы свободны. Сердце – без особенностей.

Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

### Ситуационная задача № 61

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная Г., 26 лет, экономист, поступила в стационар с жалобами на резкую слабость, повышение температуры до 38,6 С, изнурительный кашель с небольшим количеством слизистой мокроты, боли в мышцах, потливость. Заболела 7 дней назад, когда появился субфебрилитет, головная и мышечная боль, першение в горле, насморк, сухой кашель, в дальнейшем состояние ухудшилось, температура повысилась до 38,3 - 38,7 С (без озноба), появилась боль в правом боку при глубоком дыхании. Самостоятельно принимала противовирусные препараты, эффекта не было.

В анамнезе: хронические заболевания отрицает. Курит 2-3 сигареты в день. Наследственность не отягощена. Аллергическая реакция в анамнезе на пенициллин – крапивница.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. Кожа бледная, повышенной влажности. Вокруг носа кожа мацерирована. Температура 37,6 С. Подкожно-жировой слой развит умеренно. Отеков нет. Пальпируются увеличенные подчелюстные лимфоузлы до 1,0 см с обеих сторон, эластичные, гладкие, подвижные, не спаянные между собой, болезненные. Носовое дыхание затруднено. Грудная клетка обычной формы, равномерно участвует в дыхании. ЧД 22 в минуту. Перкуторно в правой подключичной области определяется укорочение звука, там же выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, единичные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца ритмичные, соотношение тонов правильное, шумов нет, ЧСС 92 в минуту. АД 110\70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный.

План обследования:

Общий анализ крови: Эр.  $4,0 \cdot 10^9$  /л; Нв 120 г/л; Лейк  $14,6 \cdot 10^9$  /л; э - 0; б - 0; п - 4; с - 61; л - 30; м - 5 %. СОЭ 35 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачная, относительная плотность 1,012; белок не обн.; лейкоциты 3-6 в п/зр; эритроциты 2-3 в п/зр.

Проба Нечипоренко: лейкоциты  $1,75 \cdot 10^6$ /л; эритроциты  $0,75 \cdot 10^6$ /л.

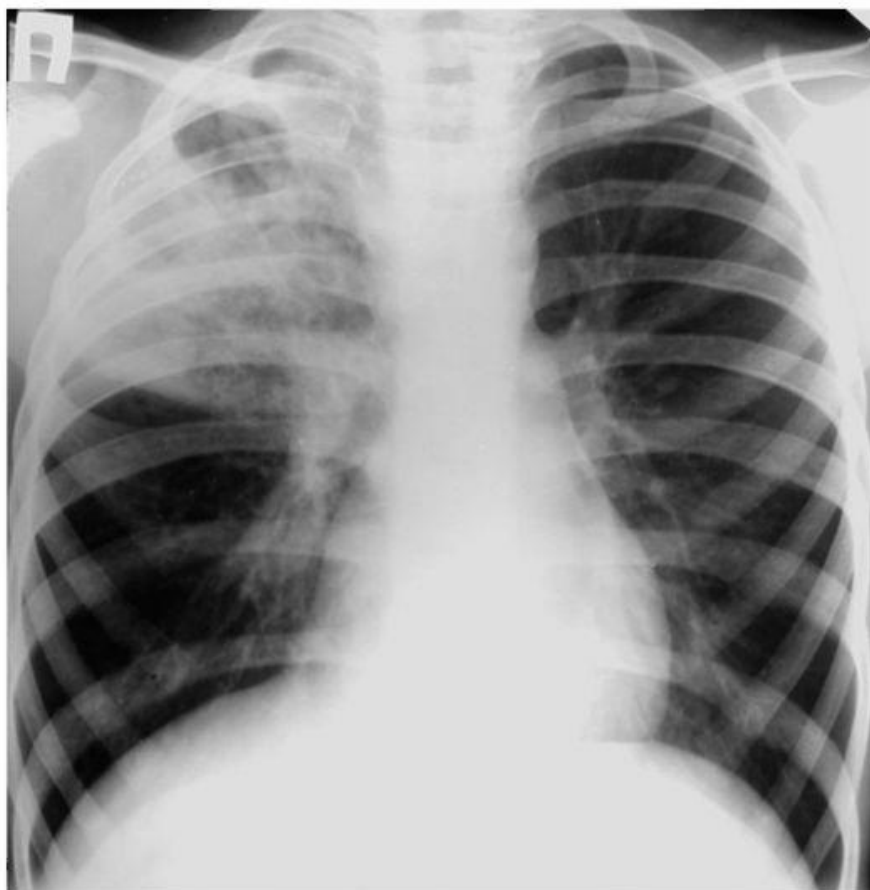
Биохимический анализ крови: холестерин 4,5 ммоль/л; креатинин 0,11 ммоль/л; общий белок 68 г/л (альб. 50 %, альфа1 6 %, альфа2 14 %, бета 14 %, гамма 16 %).

Рентгенограмма органов грудной клетки прилагается.

ЭКГ: ритм синусовый, 86 в минуту. Патологические изменения не выявлены.

#### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



### Ситуационная задача № 62

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной М., 29 лет, водитель, поступил в клинику с жалобами на кашель с мокротой ржавого цвета в количестве 50 мл. в сутки, резкую слабость, потливость, повышение температуры тела до 39,5° с ознобами, боль в левой половине грудной клетке при глубоком дыхании и кашле.

**Анамнез заболевания.** Заболел около 4-х дней назад, отмечает связь с резким переохлаждением на работе. Внезапно поднялась температура тела до 39°-40°, появились боли в левой половине грудной клетки при кашле и вдохе, кашель непродуктивный, сегодня утром впервые появилась мокрота ржавого цвета, что заставило больного обратиться в поликлинику,

**Анамнез жизни:** Вредные привычки отрицает. Аллергологический анамнез отягощен – отек Квинке на прием ампициллина.

**ОБ –но:** Общее состояние больного средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, повышенной влажности. ЧД до 24 в минуту в покое. Грудная клетка: при осмотре симметрична, голосовое дрожание усилено слева по передней поверхности грудной клетки до 5 ребра, там же отмечается притупление перкуторного звука, дыхание здесь же бронхиальное, хрипы и крепитация отсутствуют. Справа дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 130/70 мм.рт.ст. Пульс одинаковый с обеих сторон 88 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительных качеств. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичны, частота 88 в минуту. Живот при пальпации мягкий, во всех отделах безболезнен. Печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме.

Дополнительные методы исследования:

- 1.Общий анализ крови: СОЭ -35 мм. в час, Лейкоциты –  $28 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 10%, сегментоядерные нейтрофилы-82%, лимфоциты-6%, моноциты-2%.
- 2.Рентгенограмма органов грудной клетки прилагается.
- 3.Общий белок – 68 г/л.
- 4.КЩС -  $pO_2$ , мм рт. ст.66 мм рт. ст.,  $SaO_2$  70 %.



**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

### Ситуационная задача № 63

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной В., 38 лет, рабочий. Поступил в клинику с жалобами на кашель с обильным количеством мокроты «полным ртом» с неприятным запахом, иногда прожилками крови в мокроте, резкую слабость, потливость, повышение температуры тела до 38,5°.

**Анамнез заболевания.** Заболел 9 дней назад после переохлаждения, появилось повышение температуры тела до 38,5°, кашель с обильным количеством мокроты «полным ртом» с неприятным запахом. За медицинской помощью не обращался. Принимал самостоятельно аспирин, эффект был кратковременный, температура не снижалась, в связи с чем вызвал скорую помощь и госпитализирован.

**Анамнез жизни:** Пациент отмечает частые простудные заболевания с раннего детского возраста, бронхиты, пневмонии. 4-6 раз в год отмечает эпизоды с повышением температуры тела и обильным отделением мокроты. Кашель присутствует постоянно с разным количеством мокроты, особенно по утрам. Вредные привычки отрицает.

**ОБ-но:** Общее состояние больного тяжелое, акроцианоз губ, температура при осмотре 39°, ЧД до 30 в минуту в покое. Грудная клетка при осмотре симметрична, перкуторно коробочный звук в верхних отделах легких. При перкуссии легких справа в проекции средней доли передней поверхности грудной клетки ниже 4 ребра и слева в в аксиллярной области отмечается притупление перкуторного звука, дыхание здесь же везикулярное ослабленное, выслушиваются звучные мелкопузырчатые хрипы, бронхофония, голосовое дрожание не изменены. АД 105/60 мм.рт.ст. Пульс одинаковый с обеих сторон 130 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительных качеств. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичны, частота 130 в минуту. Живот при пальпации мягкий, во всех отделах безболезнен. Печень не увеличена, безболезненная при пальпации.

Лабораторно:

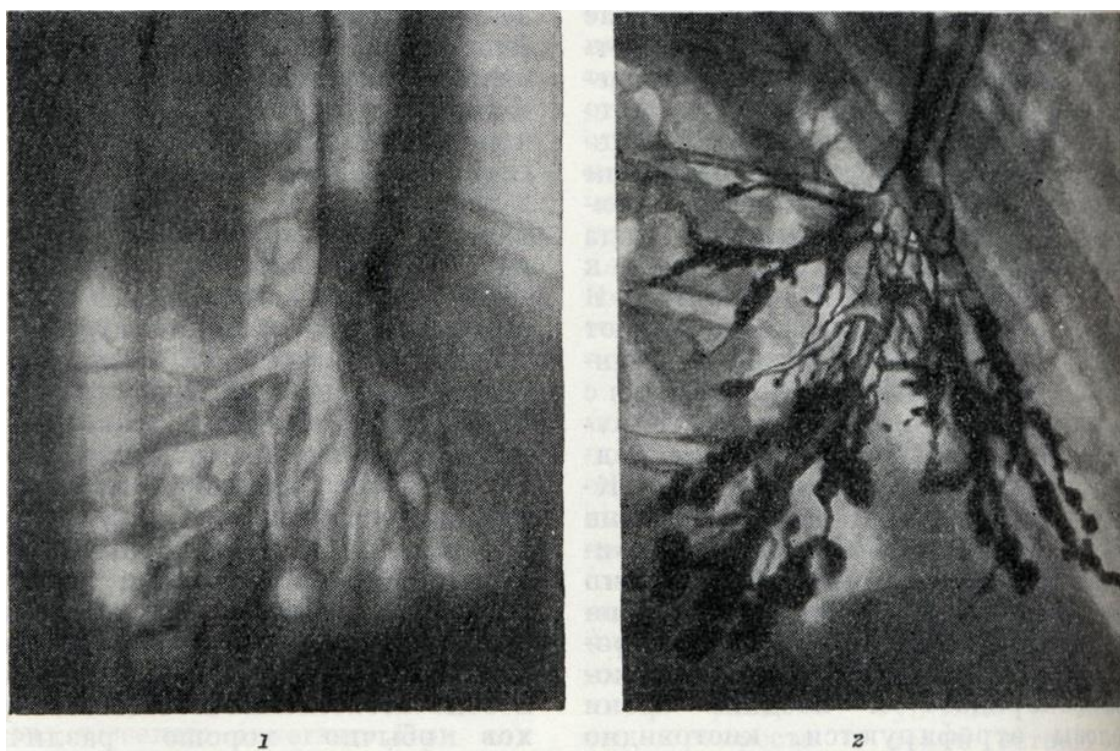
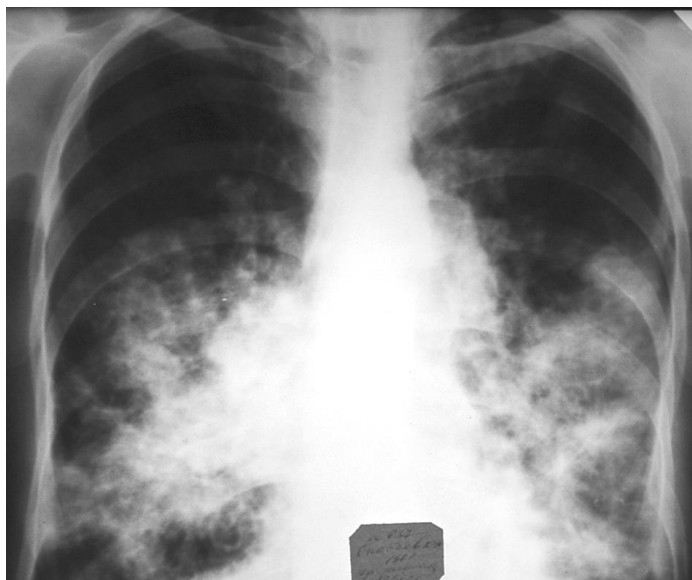
1.ОАК: СОЭ-26 мм/ч, Нв-120 г/л, эр.-4,1x10<sup>12</sup>/л, лейкоциты -10,8x10<sup>9</sup>/л, п/я-11%, с/я-72%, лимф.-10%, мон.-7%.

2.ОАМ: прозрачная, белок-0,2 г/л; пл.эп.-ед. в п/зр, лейкоц.-2-3 в п/зр, эр.-0 в п/зр.

3. Общий белок-68, глюкоза-5,2 ммоль/л, креатинин-0,09 ммоль/л, мочевины 6.2 ммоль/л, АсТ-23, АлТ-12.

#### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



#### Ситуационная задача № 64

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной Н., 48 лет, рабочий, инвалидности нет. Поступил в клинику с жалобами на смешанного характера при умеренной физической нагрузке кашель с обильным количеством мокроты «полным ртом», слабость, потливость, повышение температуры тела до  $38,0^{\circ}$ .

**Анамнез заболевания.** Заболел остро 7 дней назад после переохлаждения, появилось повышение температуры тела до  $38,0^{\circ}$ , кашель с обильным количеством мокроты «полным ртом». За медицинской помощью не обращался. Принимал самостоятельно противовирусные препараты, эффект был кратковременный, температура не снижалась, в связи с чем вызвал скорую помощь и госпитализирован.



**Анамнез жизни:** Пациент отмечает частые простудные заболевания с раннего детского возраста, бронхиты, пневмонии. 4-6 раз в год отмечает эпизоды с повышением температуры тела и обильным отделением мокроты. Кашель присутствует постоянно с разным количеством мокроты, особенно по утрам. Вредные привычки отрицает.

**ОБ-но:** Общее состояние больного средней степени тяжести, температура при осмотре 38°, ЧД до 22 в минуту в покое. Грудная клетка при осмотре симметрична, перкуторно коробочный звук в верхних отделах легких, в остальных отделах – ясный легочный звук, в нижних отделах в подлопаточных областях с обеих сторон выслушиваются звучные мелкопузырчатые хрипы, бронхофония, голосовое дрожание не изменены. АД 100/60 мм.рт.ст. Пульс одинаковый с обеих сторон 100 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительных качеств. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичны, частота 100 в минуту. Живот при пальпации мягкий, во всех отделах безболезнен. Печень не увеличена, безболезненная при пальпации.

**Лабораторно:**

1.ОАК: СОЭ-16 мм/ч, Нв-131 г/л, эр.-4,5x10<sup>12</sup>/л, лейкоциты -9,8x10<sup>9</sup>/л, п/я- 6 %, с/я-72%, лимф.-15%, мон.-7%.

2.ОАМ: прозрачная, белок-0,8 г/л, пл.эп.-ед., лейкоц.-2-3, эр.-0.

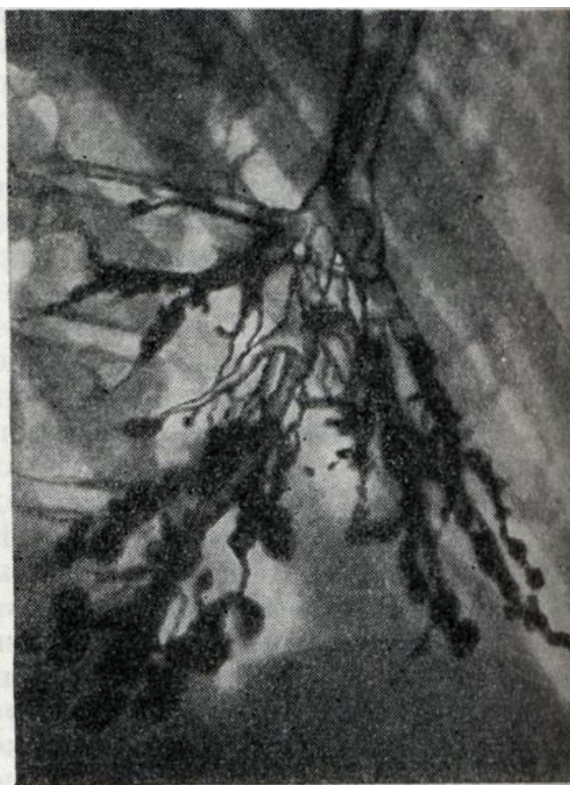
3. Общий белок-67, глюкоза-4,2 ммоль/л, креатинин-0,10 ммоль/л, мочевины 5 ммоль/л, АсТ-33 ммоль/л, АлТ-22 ммоль/л.

### **Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



1



2



### Ситуационная задача № 65

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной Л., крановщик, 32 лет поступил в клинику с жалобами:

- на кашель с обильным количеством мокроты желто-зеленого цвета с неприятным запахом;
- на повышение температуры тела до 38,5° с ознобами;
- на слабость, недомогание.

**Анамнез заболевания:** Заболел остро, за 7 дней до поступления в стационар. Свое настоящее заболевание связывает с резким переохлаждением, после которого на фоне полного здоровья внезапно появилось повышение температуры тела до 38,9°, с ознобом, одновременно появился сухой кашель. Однако за медицинской помощью пациент не обращался. Самостоятельно в домашних условиях принимал лечение парацетамолом и травами (солодка, шалфей, зверобой, ромашка, календула). На фоне фитотерапии положительной динамики не было, сохранялась повышенная температура тела до 38,5-39°. На 5-й день от начала заболевания появился продуктивный кашель с мокротой желтого цвета в умеренном количестве. Однако на 7-е сутки от начала заболевания резко увеличилось количество мокроты, появился неприятный запах, а затем одномоментно выделилось около 1 стакана желтой мокроты. С этого момента температура начала снижаться, уменьшилась интоксикация. Однако сохранялся кашель с обильным количеством зловонной мокроты, что заставило больного вызвать бригаду «Скорой помощи», и пациент был доставлен в стационар.

**Анамнез жизни:** без особенностей.

**ОБ –но:** Общее состояние больного средней степени тяжести, обусловленное синдромом интоксикации. Больной пониженного питания. Кожные покровы бледные, повышенной влажности. Отеков нет. Костно-мышечная система без особенностей. ЧД до 22 в минуту в покое. Грудная клетка: при осмотре правая половина отстаёт в дыхании. При перкуссии легких справа на уровне от 4 до 6 ребра по передней поверхности отмечается значительное притупление перкуторного звука, выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы, амфорическое дыхание. Слева дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 100/70 мм.рт.ст. Пульс одинаковый с обеих сторон 90 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительных качеств. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичны, частота 90 в минуту. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот при пальпации мягкий, во всех отделах безболезнен. Печень и селезенка не увеличены. Пузырные симптомы отрицательные.

Дополнительные методы исследования:

1.Общий анализ крови: СОЭ -45 мм. в час, гемоглобин 120 г/л, лейкоциты – 24 x10<sup>9</sup>/л, палочкоядерные нейтрофилы – 12%, сегментоядерные нейтрофилы-82%, лимфоциты-4%, моноциты-2%.

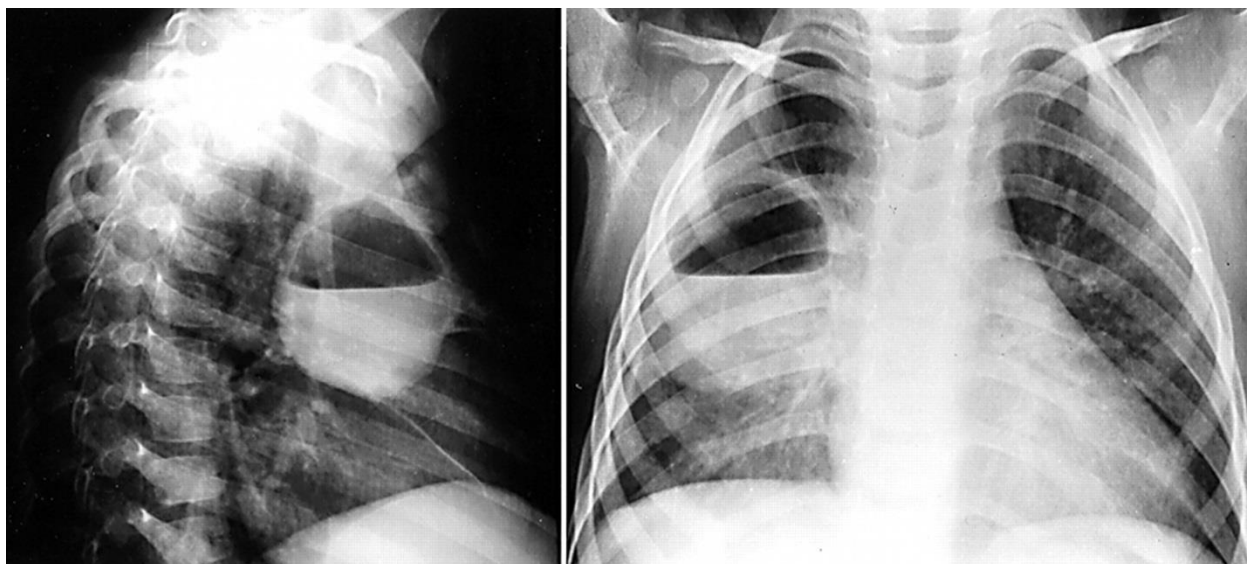
2.Общий анализ мочи: относительная плотность -1,018; сахар, белок - не обнаружен, лейкоциты – 0-1 в поле зрения. Эритроциты – 0-1 в поле зрения.

3.Рентгенограмма органов грудной клетки прилагается.

4.Общий белок – 58 г/л.

5.КЩС - рО<sub>2</sub> 70 мм рт. ст.

6. Пульсоксиметрия: SaO<sub>2</sub> 86 %.



**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**Ситуационная задача № 66**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)**

Больной 35 лет, менеджер, предъявляет жалобы на приступы удушья на выдохе в покое в ночное время суток и в ранние предутренние часы.

Анамнез заболевания: Подобные жалобы появились впервые 7 дней назад, когда пациент заболел ОРВИ с повышением температуры тела до 38.6, по поводу чего принимал аспирин 1000мг в сутки. С 15 летнего возраста полипозный риносинусит, в связи с чем постоянно имеется заложенность носа, отсутствие восприятия запахов.

Анамнез жизни: Травм, операций не было. Аллергические реакции на прием цитрусовых в виде зуда кожи. Не курит, Наследственность отягощена – приступы удушья по материнской линии у тети.

Об-но: Состояние удовлетворительное, правильного телосложения, удовлетворительного питания, кожные покровы и слизистые нормальной окраски. Носовое дыхание затруднено, определяется болезненность при поколачивании гайморовых пазух. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в дыхании, ЧД - 19 в 1 минуту. Голосовое дрожание проводится равномерно. Перкуторный звук ясный легочный над всеми отделами легких. Дыхание везикулярное, в вертикальном положении - сухие свистящие хрипы. Границы сердца в пределах нормы. АД - 110/60 мм рт. ст. ЧСС- 84 в 1 мин. Тоны ясные, ритм

правильный. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Лабораторно:

1.Общий анализ крови: СОЭ 10 мм/час, Лейк 6,3\*10<sup>9</sup>/л, эр 4,1\* 10<sup>12</sup>/л, Нв-129 г/л, Э-5, П-3, С-67, Л-24, М-3%. Тромб - 199\*10<sup>9</sup>/л.

2.Биохимический анализ крови: Сахар 5,1 ммоль/л

3. Рентгенограмма органов грудной клетки. Легкие без очаговых и инфильтративных изменений. Корни не расширены, структурны. Диафрагма расположена обычно. Сердце без особенностей.

### **Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

### **Ситуационная задача № 67**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)**

Больной, 35 лет, диспетчер, предъявляет жалобы на чувство сдавления и дискомфорта в грудной клетке, удлинение и затруднение выдоха, «свисты» в груди при выходе из теплого помещения на холодный воздух.

Анамнез заболевания: Подобные жалобы возникают периодически 5-6 раз в году в течение 3-х лет, больной связывает заболевание с переохлаждением, вирусной инфекцией. Более 5 лет отмечает постоянный влажный кашель в утренние часы с небольшим количеством слизистой мокроты, при ОРВИ – иногда вязкой и желтого цвета, трудно-отделяемой. Не обследовался.

Анамнез жизни: В детстве болел часто ОРВИ, острыми бронхитами, дважды перенес пневмонию. Индекс курения - 8 пачко/лет. Травм, операций не было. Аллергии не отмечает.

Об-но: состояние удовлетворительное, температура тела – 36.4С. Пациент правильного телосложения, удовлетворительного питания, кожные покровы и слизистые нормальной окраски. Носовое дыхание свободное. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в дыхании, ЧД - 17 в 1 минуту. Голосовое дрожание проводится равномерно. Перкуторный звук ясный легочный над всеми отделами легких. Дыхание везикулярное, в вертикальном положении хрипов нет, лежа - сухие свистящие хрипы при форсированном дыхании. Границы сердца в пределах нормы. АД - 130/80 мм рт. ст. ЧСС- 84 в 1 мин. Тоны ясные, ритм правильный. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. SpO<sub>2</sub> – 98%.

Лабораторно:

1. Общий анализ крови: СОЭ 12 мм/час, Лейк 5,3\*10<sup>9</sup>/л, эр 4,2\* 10<sup>12</sup>/л, Нв-133 г/л, Э-4, П-2, С-70, Л-21, М-3%. Тромб - 188\*10<sup>9</sup>/л.

2. Биохимический анализ крови: Сахар 4,55 ммоль/л, общий белок 77 г/л, фракции: альб - 60%, А1 - 4%, А2 - 10%, В - 12%, Г - 14%, мочевины 6.1, креатинин 0.10 ммоль/л.

3. Рентгенограмма органов грудной клетки. Легкие без очаговых и инфильтративных изменений. Корни не расширены, структурны. Диафрагма расположена обычно. Сердце

без особенностей.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**Ситуационная задача № 68**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)**

Больная В., 23 лет, учитель, обратилась к врачу с жалобами на ежедневные приступы удушья ночью и в ранние предутренние часы, особенно затруднен выдох, общую слабость, недомогание. Самостоятельно принимала ингалятор (брала у сестры, отмечала положительный эффект). После приступа отходит небольшое количество вязкой стекловидной мокроты. Сегодня утром приняла 12 вдохов сальбутамола, без эффекта, прошло с момента начала приступа 4 часа. Анамнез заболевания: Больна 3 года, указанные жалобы возникают ежегодно в июне, в июле все симптомы исчезают. Свое заболевание связывает с потерей близкого человека. Анамнез жизни: Вредные привычки отрицает. Есть двое сестер: 7-и и 13-ти лет, у которых тоже бывают приступы удушья. У матери и бабушки также отмечались приступы удушья. У больной имеется аллергия на клубнику в виде крапивницы (со слов). У аллерголога ранее не обследовалась. Имеются домашние животные. Объективно: состояние средней тяжести. Больная сидит, опираясь руками о край стула. Кожа чистая, с цианотичным оттенком. Грудная клетка бочкообразная, над- и подключичные области сглажены, межреберные промежутки расширены, отмечается набухание шейных вен, участие вспомогательной мускулатуры, втяжение межреберий. Дыхание громкое, со свистом и шумом, 26 в мин. При перкуссии отмечается коробочный звук, нижняя граница легких по среднеподмышечной линии определяется на уровне 9 ребра, экскурсия легких по этой линии составляет 2 см. На фоне ослабленного везикулярного дыхания с удлиненным выдохом выслушиваются сухие свистящие хрипы. Тоны сердца ритмичные, ясные, 92 в мин., АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено. SpO<sub>2</sub> – 88%.

Лабораторно:

1. Пиковая скорость выдоха при пикфлоуметрии составляет 50% от должной (норма 80-100%).
2. Общий анализ крови: СОЭ 10 мм/час, Лейк 4,3\*10<sup>9</sup>/л, эр 4,0\*10<sup>12</sup>/л, Нв-122 г/л, Э-15, П-3, С-57, Л-24, М-3%. Тромб - 209\*10<sup>9</sup>/л.
3. Биохимический анализ крови: Сахар 4,5 ммоль/л
4. Общий анализ мокроты: рисунок прилагается.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

### Ситуационная задача № 69

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

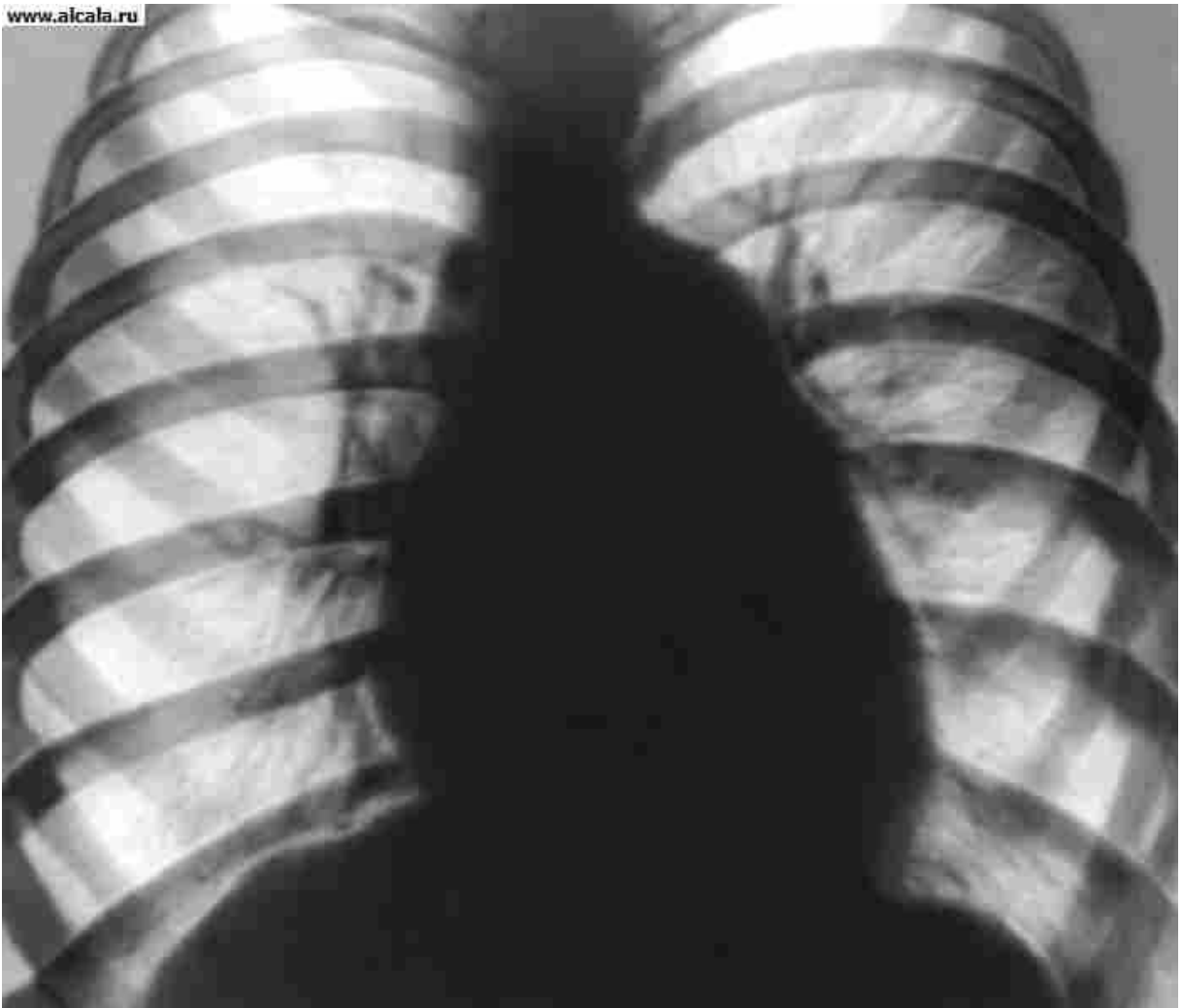
Больной Г. 55 лет, водитель, поступил в стационар с жалобами на сильную одышку смешанного характера при незначительной физической нагрузке и даже при одевании, кашель с желтой вязкой мокротой до 150 мл\сутки, сердцебиение, слабость, потливость. Анамнез заболевания: Более 15 лет беспокоит кашель со скудной слизистой мокротой, в основном по утрам, к врачу по этому поводу не обращался. Последние 7 лет появилась одышка при ходьбе на расстояние около 500 метров на выдохе, в холодное время ощущает затруднение выдоха и «свисты» в груди. Самостоятельно принимает эуфиллин внутрь. За 12 месяцев до госпитализации трижды находился в стационаре по поводу обострения данного заболевания. Ухудшение состояния 5 дней назад, когда после ОРВИ резко усилилась одышка, ночь спал сидя, увеличилось количество мокроты. Анамнез жизни: Курит. Индекс курения -120 пачко-лет. Другие вредные привычки отрицает. Аллергологический и гемотрансфузионный анамнез не отягощен. Об-но: Состояние тяжелое. Кожа влажная, цианоз губ и кончика носа. Температура 36,8 С. Подкожно-жировой слой развит слабо. Отеки на голенях до средней трети. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в дыхании. ЧД 28 в минуту. Перкуторный звук мозаичный. При аускультации по всем легочным полям масса сухих хрипов. Границы сердца расширены вправо. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 120 в минуту, на легочном стволе - акцент 2 тона. АД 130/70 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает на 3 см из под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. При опросе тест САТ – 32 балла, тест mMRS – 3 балла.

Лабораторно:

1. Общий анализ крови: Эр.  $5,4 \cdot 10^9$  \л; Нв 177 г\л; Лейк  $10,6 \cdot 10^9$  \л; э - 0; б - 0; п - 5; с - 70; л - 20; м - 5 %. СОЭ 22 мм\час.
2. Рентгенограмма органов грудной клетки: прилагается.
3. Спирограмма: Индекс Тиффно – 66; ОФВ1 после БДТ - 29%.
4. КЩС - рО<sub>2</sub>, мм рт. ст. 46 мм рт. ст. SpO<sub>2</sub> 78 %.

#### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



### Ситуационная задача № 70

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной Г. 55 лет, бухгалтер, поступил в стационар с жалобами на одышку смешанного характера при умеренной физической нагрузке, кашель с желтой вязкой мокротой до 200 мл\сутки. Анамнез заболевания: В течение 34 лет беспокоит кашель со скудной слизистой мокротой, в основном по утрам, к врачу по этому поводу не обращался. Последние 7 лет появилась одышка с затруднением выдоха при ходьбе на расстояние около 300метров. Обострения за предыдущие 12 месяцев не было. Ухудшение состояния 3 дней назад, когда после переохлаждения резко усилилась одышка, увеличилось количество мокроты. Анамнез жизни: Курит 35 лет по 2 пачке в сутки. Другие вредные привычки отрицает. Аллергологический и гемотрансфузионный анамнез не отягощен. Об-но: Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы телесного цвета. Температура 37,6 С. Подкожно-жировой слой развит слабо. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка бочкообразная, равномерно участвует в дыхании. ЧД 23 в минуту. Перкуторный звук коробочный. При аускультации по всем легочным полям масса

сухих хрипов. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 98 в минуту. АД 125/80 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не выступает из под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. При опросе тест САТ – 24 баллов, тест mMRS – 2 балла.

Лабораторно:

- 1.Общий анализ крови: Эр.  $5,0 \cdot 10^9$  \л; Нв 157 г\л; Лейк  $8,6 \cdot 10^9$  \л; э - 0; б - 0; п - 5; с - 60; л -30; м - 5 %. СОЭ 12 мм\час.
2. Спирограмма: Индекс Тиффно – 68%; ОФВ1 после БДТ - 69%.
3. КЩС -  $pO_2$ , мм рт. Ст.74 мм рт. Ст,  $spo_2$  90 %.

### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

### Ситуационная задача № 71

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной Г. 58 лет, инженер, поступил в стационар с жалобами на одышку смешанного характера при умеренной физической нагрузке, кашель с желтой вязкой мокротой до 100 мл\сутки.

Анамнез заболевания: В течение 20 лет беспокоит кашель со скудной слизистой мокротой, в основном по утрам, к врачу по этому поводу не обращался. Последние 8 лет появилась одышка с затруднением выдоха при ходьбе на расстояние около 500метров. Дважды в этом году госпитализировался по поводу обострения данного заболевания. Ухудшение состояния 6 дней назад, когда после переохлаждения резко усилилась одышка, увеличилось количество мокроты.

Анамнез жизни: Курит 48 лет по 1 пачке в сутки. Другие вредные привычки отрицает. Аллергологический и гемотранфузионный анамнез не отягощен. Об-но: Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы чугунного оттенка. Температура 37,4 С. Подкожно-жировой слой развит слабо. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка бочкообразная, равномерно участвует в дыхании. ЧД 24 в минуту. Перкуторный звук коробочный. При аускультации по всем легочным полям масса сухих хрипов. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 80 в минуту. АД 140/80 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не выступает из под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

При опросе тест САТ – 28 баллов, тест mMRS – 3 балла.

Лабораторно:

- 1.Общий анализ крови: Эр.  $5,8 \cdot 10^9$  \л; Нв 187 г\л; Лейк  $9,6 \cdot 10^9$  \л; э - 0; б - 0; п - 5; с - 60; л -30; м - 5 %. СОЭ 19 мм\час.
2. Спирограмма: Индекс Тиффно – 65%; ОФВ1 после БДТ – 49%.
3. КЩС -  $pO_2$ , мм рт. ст.70 мм рт. ст.
4.  $SpO_2$  84 %

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**Ситуационная задача № 72**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)**

Больной В., 39 лет, грузчик. Поступил в клинику с жалобами на кашель с вязкой мокротой с неприятным запахом в большом количестве, резкую слабость, потливость, повышение температуры тела до 38,5°.

**Анамнез заболевания.** Заболел остро 15 дней назад после переохлаждения, появился многократный озноб, повышение температуры тела до 39,5°, кашель был сухой. За медицинской помощью пациент не обращался. Принимал самостоятельно ампициллин, эффект был кратковременный, температура не снижалась. 5 дней назад отметил резкое увеличение количества мокроты – «полным ртом», с неприятным запахом, однако после этого отметил снижение температуры тела. Нарастала слабость, недомогание. Пациент обратился за медицинской помощью.

**Анамнез жизни:** Злоупотребляет алкоголем более 5 лет, курит - 20 лет по 1 пачке в сутки. ОБ-но: Общее состояние больного тяжелое, бледные кожные покровы, цианоз губ, румянец на правой щеке, ЧД до 32 в минуту в покое. Грудная клетка при осмотре симметрична, При перкуссии легких справа до 4 ребра отмечается коробочный звук, дыхание здесь же амфорическое. SpO<sub>2</sub> 82%.

Слева дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 100/60 мм.рт.ст. Пульс одинаковый с обеих сторон 120 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительных качеств. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичны, частота 120 в минуту. Живот при пальпации мягкий, во всех отделах безболезнен. Печень не увеличена, безболезненная при пальпации.

Лабораторно:

1.ОАК: СОЭ-36 мм/ч, Нв-120 г/л, эр.-4,0 x10<sup>12</sup>/л, лейкоциты -3,6x10<sup>9</sup>/л, п/я-10%, с/я-73%, лимф.-10%, мон.-7%.

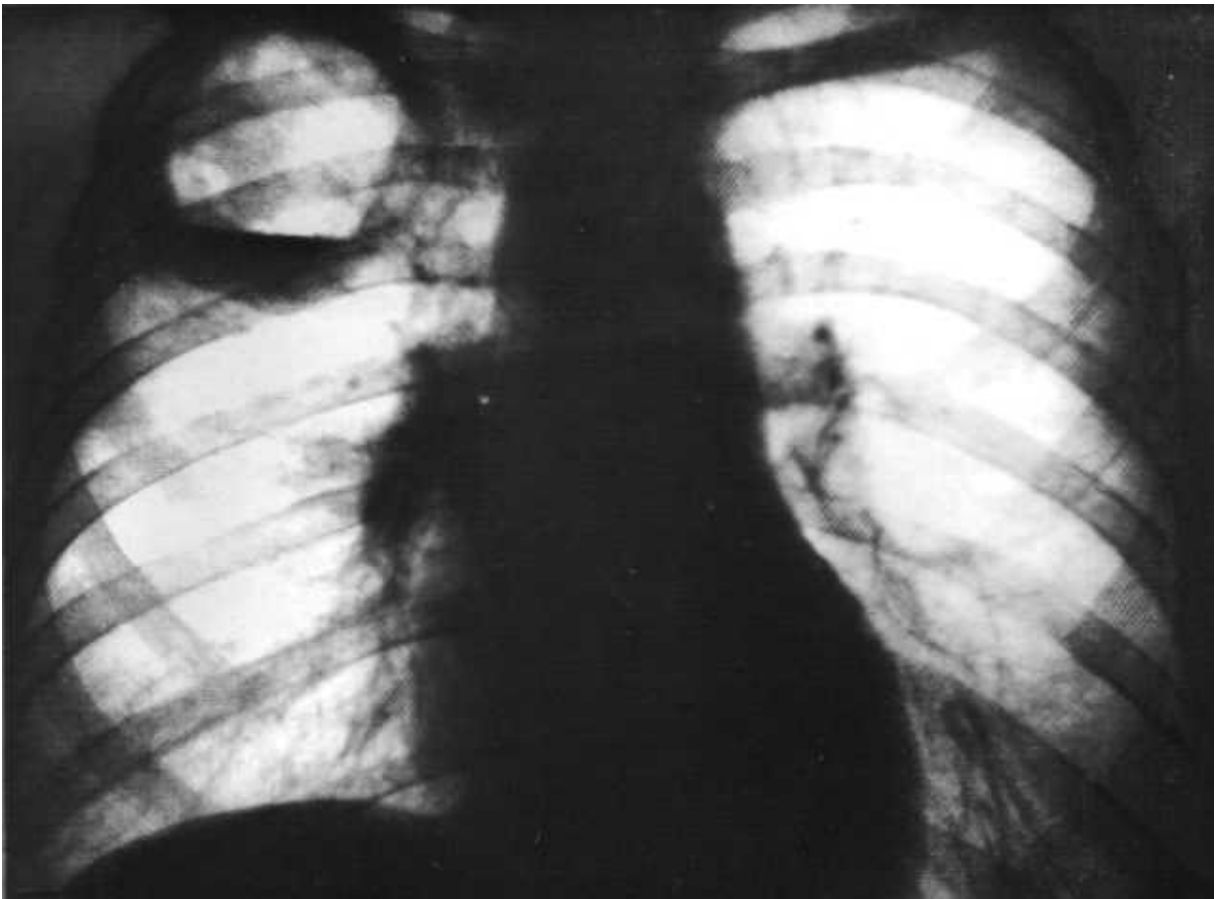
2.ОАМ: прозрачная, белок-1,7, пл.эп.-ед., лейкоц.-2-3, эр.-0.

3. Общий белок- 63, глюкоза-4,2 ммоль/л, креатинин-0,05 ммоль/л, мочевины 7 ммоль/л, АсТ-26, АлТ-37.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.





### Ситуационная задача № 73

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная Р., 51 год, предприниматель, поступила в клинику с жалобами на одышку смешанного характера при незначительной физической нагрузке, резкую слабость, снижение аппетита, недомогание, прогрессирующее похудание, сухой надсадный кашель, повышение температуры тела до 38С.

**Анамнез заболевания.** Болеет в течение 4 дней. Связывает свое заболевание с переохлаждением. Появилась гипертермия с ознобами, сухой кашель, лечилась народными средствами, без эффекта, последние 2 дня появилась и усилилась одышка. Кашель стал влажным с мокротой желтого цвета, вязкой.

**Анамнез жизни:** Курит – с 20 лет по 2 пачки сигарет в сутки. Другие вредные привычки отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Туберкулезом ранее не болела. Последние 5 лет наблюдалась у маммолога по поводу мастопатии.

**ОБ-но:** Общее состояние средней степени тяжести. Лицо бледное с сероватым оттенком. Питание понижено. ЧД – 26 в минуту. Отмечается притупление перкуторного звука слева, начиная с 4 ребра. В зоне притупления отсутствует голосовое дрожание, дыхание не прослушивается, хрипов, крепитации нет. Относительная сердечная тупость смещена вправо на 1 см. Тоны приглушены, ритмичные 90 ударов в минуту. АД 130/80мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Дополнительные методы исследования:

1.Общий анализ крови: СОЭ -20 мм. в час, Лейкоциты –  $9.4 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 8%, сегментоядерные нейтрофилы-82%, лимфоциты-8%, моноциты-2%,

гемоглобин – 90г/л.

2.Рентгенограмма органов грудной клетки прилагается.

3.Общий белок – 68 г/л.

4.КЩС - рО<sub>2</sub>, мм рт. ст. 48 мм рт. ст. (норма более 80), SaO<sub>2</sub> 72 % (норма – более 95%)

Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).

2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?

3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.

4. Составьте программу лечения.

5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?

6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



### Ситуационная задача № 74

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной В., 28 лет, продавец. Поступил в клинику с жалобами на кашель с вязкой мокротой с неприятным запахом в большом количестве, резкую слабость, потливость, повышение температуры тела до 38,8°.

**Анамнез заболевания.** Заболел остро 14 дней назад после переохлаждения, появился многократный озноб, повышение температуры тела до 39,3°, кашель был сухой. За медицинской помощью пациент не обращался. Принимал самостоятельно противовирусные препараты, эффект был кратковременный, температура не снижалась. 3 дня назад отметил резкое увеличение количества мокроты – «полным ртом», с неприятным запахом, однако после этого отметил снижение температуры тела. Нарастала слабость, недомогание. Пациент обратился за медицинской помощью.

**Анамнез жизни:** Курит - 8 лет по 1 пачке в сутки.

**ОБ-но:** Общее состояние больного тяжелое, бледные кожные покровы, цианоз губ, ЧД до 25 в минуту в покое. Грудная клетка при осмотре симметрична. При перкуссии легких слева до 5 ребра отмечается коробочный звук, дыхание здесь же амфорическое. SpO<sub>2</sub> 81%. Справа дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 100/60 мм.рт.ст. Пульс одинаковый с обеих сторон 110 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительных качеств. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичны, частота 110 в минуту. Живот при пальпации мягкий, во всех отделах безболезнен. Печень не увеличена, безболезненная при пальпации.

**Лабораторно:**

1.ОАК: СОЭ-46 мм/ч, Нв-123 г/л, эр.-4,1 x10<sup>12</sup>/л, лейкоциты -31,6x10<sup>9</sup>/л, п/я-24%, с/я-59%, лимф.-10%, мон.-7%.

2.ОАМ: прозрачная, белок-0, пл.эп.-ед., лейкоц.-2-3, эр.-0.

3. Общий белок- 61 глюкоза-5,2 ммоль/л, креатинин-0,11 ммоль/л, АсТ-21, АлТ-17.

#### **Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



#### Ситуационная задача № 75

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной В., 42 года, кладовщик. Жалобы на кашель с большим количеством мокроты с неприятным запахом, резкую слабость, потливость, повышение температуры тела до  $39,0^{\circ}$ . Беспокоит боль в верхней половине грудной клетки справа, связанная с дыханием.

**Анамнез заболевания.** Пациент находился в стационаре в отделении нейрохирургии по поводу автодорожной травмы более 1 месяца, выписан 2 суток назад. Заболел остро, вчера вечером, появился озноб, повышение температуры тела до  $39,0^{\circ}$ , кашель вначале сухой,

затем с мокротой, боли в грудной клетке справа. Принимал самостоятельно аспирин, эффект был кратковременный, температура не снижалась, в связи с чем вызвал скорую помощь и госпитализирован.

**Анамнез жизни:** Злоупотребляет алкоголем более 10 лет, курит - 26 лет по 1 пачке в сутки.

**ОБ-но:** Общее состояние больного тяжелое, цианоз губ, румянец на правой щеке, температура при осмотре 39°, ЧД до 28 в минуту в покое. Грудная клетка при осмотре асимметрична, отстает при дыхании правая половина. При перкуссии легких справа в проекции верхней доли отмечается значительное притупление перкуторного звука, дыхание здесь же везикулярное ослабленное, выслушиваются влажные звучные мелкопузырчатые хрипы, бронхофония усилена, усилено голосовое дрожание. Сатурация – 86%

Слева дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 105/60 мм.рт.ст. Пульс одинаковый с обеих сторон 100 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительных качеств. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичны, частота 100 в минуту. Живот при пальпации мягкий, во всех отделах безболезнен. Печень не увеличена, безболезненная при пальпации.

**Лабораторно:**

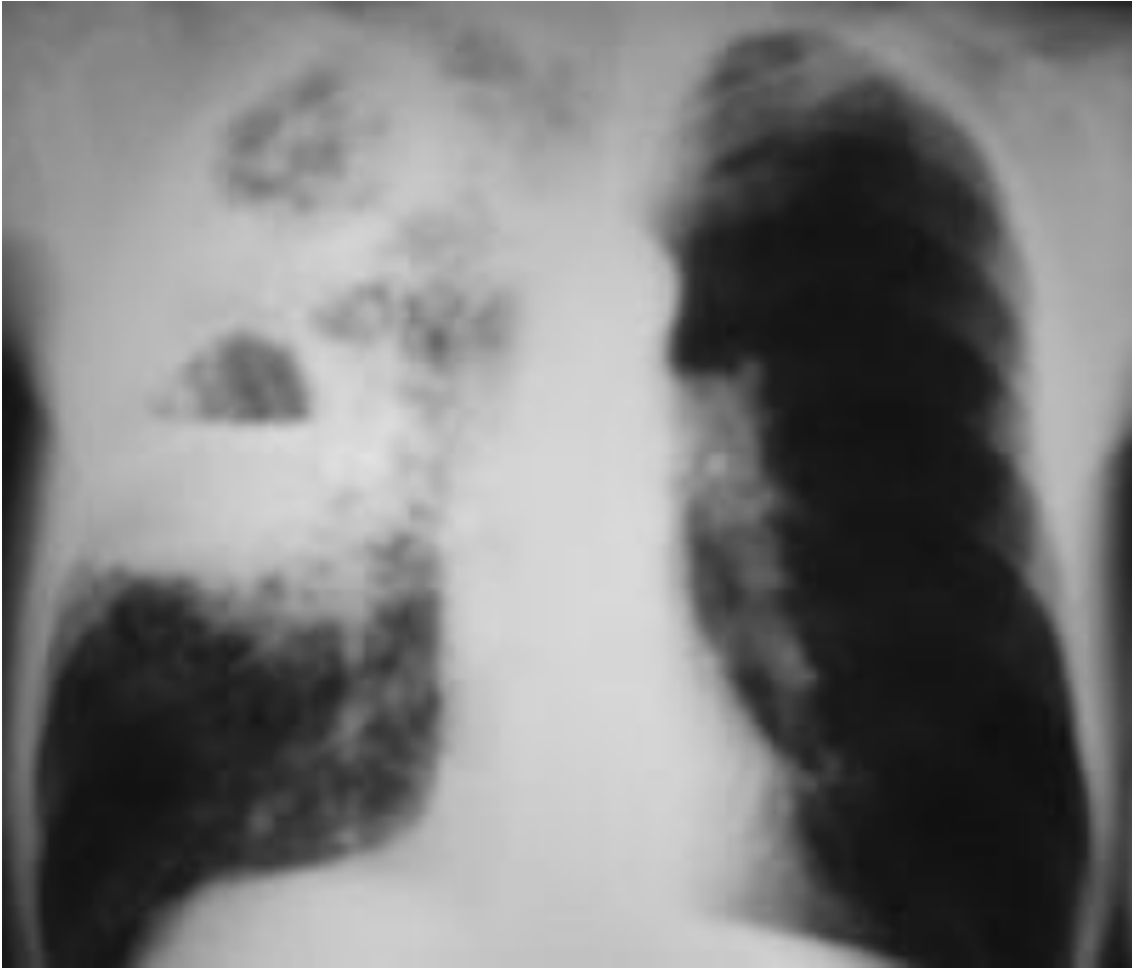
1.ОАК: СОЭ-26 мм/ч, Нв-142 г/л, эр.-4,4x10<sup>12</sup>/л, лейкоциты -25,6x10<sup>9</sup>/л, п/я-21%, с/я-62%, лимф.-10%, мон.-7%.

2.ОАМ: прозрачная, белок-0, пл.эп.-ед., лейкоц.-2-3, эр.-0.

3. Общий белок-63, глюкоза- 4,6 ммоль/л, креатинин-0,03 ммоль/л, мочевины 6 ммоль/л, АсТ-30, АлТ-37.

### **Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



### Ситуационная задача № 76

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная А., 20 лет, продавец, обратилась к врачу с жалобами на слабость, неинтенсивные боли в поясничной области с двух сторон, выраженную головную боль, отечность лица, красный цвет мочи. Считает себя больной около 2-х недель: после сильного переохлаждения повысилась температура тела до 38,0°C, появились боли в горле при глотании. Больная лечилась у ЛОР врача с диагнозом лакунарная ангина, проявления заболевания исчезли, сохранялась общая слабость. Вчера появились ноющие боли в поясничной области, головная боль, повышение температуры тела до 37,5°C, сегодня с утра впервые отмечает отечность век, лица. Мочеиспускание свободное, но стало редким, цвет мочи – красным. Менstrуальные регулярные, последние 2 недели назад.

**Объективно:** Состояние больной при поступлении средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, без высыпаний. Видимые слизистые розовые. Лицо одутловатое. Грудная клетка равномерно участвует в дыхании. ЧД 20/мин. Над легкими ясный легочный звук, дыхание везикулярное. Пульс повышенного наполнения, напряжен, 56/мин. АД 160/100 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости не смещены, ритм сердечной деятельности правильный, акцент II тона над аортой. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон, почки и мочевого пузыря не определяются.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: НЬ 130 г/л, эр. –  $4,2 \times 10^{12}/л$ , ЦП - 0,9; лейкоц.  $8,7 \times 10^9/л$ , э - 1%, п. - 5%, с. - 70%, лимф. – 18 %, м - 6%; тромбоц. –  $270 \times 10^9/л$ , СОЭ 23 мм/ч.

2. Общий анализ мочи: цвет «мясных помоев», мутная, рН кислая, плотность 1,028; белок - 1,5 г/л, сахар – отр., эр. – сплошь в п/зр., лейкоц. 1-2 в п/зр, эп. почечный 12-20 в п/зр, цилиндры эритроцитарные 5-6 в п/зр, гиалиновые 10-12 в п/зр, зернистые 1-2 в п/зр.

3. Биохимическое исследование крови: билирубин общий - 12,4 мкмоль/л, прямой - 3,2 мкмоль/л, креатинин - 0,13 ммоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, холестерин - 5,0 ммоль/л, общий белок - 70 г/л.

4. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 54 уд/мин. Электрическая ось отклонена влево. Диффузно - дистрофические изменения миокарда левого желудочка.



**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

### Ситуационная задача № 77

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная И., 34 лет, учительница, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на повышение АД до 220/120 мм рт. ст., головные боли, сердцебиение, сухость во рту, зуд кожных покровов, тошноту, жидкий стул. Считает себя больной более 15 лет, когда появились отеки под глазами, повышение АД до 160/100 мм рт. ст., находилась под наблюдением терапевта, после переезда на работу в сельскую местность, в течение 10 лет на диспансерном учете не состоит. Последних 6 месяцев АД постоянно повышено до 180-200/100-110 мм рт.ст., эпизодически - 240/140 мм рт.ст., лечится не регулярно. Месяц назад появилась тошнота, склонность к поносам, а 2 недели назад - зуд кожных покровов.

**Объективно:** Состояние больной тяжелое. Вес = 60 кг. Кожные покровы бледные, сухие, со следами расчесов; на лице они как бы припудрены белой пудрой. Видимые слизистые бледные. Одутловатость лица, пастозность стоп, голеней, передней брюшной стенки. Грудная клетка симметрична, при перкуссии легочный звук, дыхание везикулярное. Пульс повышенного наполнения и напряжения, частотой 76 в 1 мин. АД 220/120 мм рт. ст. Верхушечный толчок смещен на 1 см влево от левой среднеключичной линии, тоны сердца приглушены, ослаблен I тон над верхушкой, основанием мечевидного отростка, акцент II тона над аортой; Язык сухой, запах аммиака в выдыхаемом воздухе. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1.Общий анализ крови: НЬ - 72 г/л, эр. -  $2,6 \times 10^{12}$ /л, ЦП - 0,9; лейкоц. -  $5,7 \times 10^9$ /л, э. - 2%, п. - 3%, с. - 68%, л. - 25%, м. - 2%; СОЭ 20 мм/ч.

2.Общий анализ мочи: цвет светлый, плотность – 1,008, белок - 3,8 г/л, лейкоц. - 2-4 в п/зр, эр. - 10-12 в п/зр, цилиндры: зернистые 3-4 в п/зр, восковидные 2-3 в п/зр.

3.Биохимическое исследование крови: АСТ - 0,43 ммоль/л, АЛТ - 0,45 ммоль/л, сахар - 3,8 ммоль/л, холестерин - 5,5 ммоль/л; креатинин - 1,4 ммоль/л, мочевины - 38,2 ммоль/л, общий белок 65 г/л.





**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

### Ситуационная задача № 78

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная К., 23 года, экономист, обратилась к врачу с жалобами на отечность век и под глазами по утрам, пастозность лица, слабость. Считает себя больной после вакцинации против гриппа, когда через две недели появилась слабость, поднялась температура тела до  $37,5^{\circ}\text{C}$ , отечность лица по утрам, быстро проходящая, в это же время больная отмечает уменьшение объема выделяемой мочи и её красный цвет (не связанный с месячными). Прибавка веса на 7 кг. Красный цвет мочи через несколько дней исчез.

**Объективно:** Вес = 55кг. Состояние средней степени тяжести. Лицо бледное, одутловатое, веки отечны, глазные щели сужены за счет периорбитального отека. Кожные покровы без высыпаний, видимые слизистые розовые. Пастозность рук, ног. Лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка правильной формы. Над легкими ясный легочный звук, ЧД 16 в мин, дыхание везикулярное. Пульс на обеих лучевых артериях одинаков, ритмичный, частотой 80 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 138/85 мм рт ст. Границы относительной тупости сердца: правая на 1,0 см вправо от правого края грудины, верхняя в III межреберье, левая на 1 см кнутри от средне-ключичной линии в V межреберье, тоны сердца правильного соотношения. Слизистая ротоглотки розовая, миндалины не изменены. Живот симметричный, мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Поясничная область отёчна с обеих сторон, отеки мягкие, подвижные. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки стоя и лежа не пальпируются, их проекции болезненна.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1.Общий анализ крови: НЬ - 130 г/л, эр.  $4,5 \times 10^{12}/\text{л}$ , лейкоц.  $5,8 \times 10^9/\text{л}$ , э - 3%, п/я -3%, с/я - 53%, л - 35%, м - 6%; СОЭ - 25 мм/ч.

2.Общий анализ мочи: желтая, прозрачная, рН кислая, плотность 1,020; белок 3,5 г/л, эп. почечный 8-10 в п/зр., эр. 15-20 в п/зр., лейкоц. 2-4 п/зр., цилиндры: эритроцитарные 2-3 п/зр, зернистые 0-2 п/зр.,

3. Суточный белок мочи = 8,9 г

3.Биохимический анализ крови: общий билирубин - 15,5 мкмоль/л, прямой билирубин - 4,7 мкмоль/л, общий белок - 55 г/л, Альбумин 28г/л, креатинин - 0,12 ммоль/л, холестерин - 8,9 ммоль/л.

4.УЗИ почек: правая почка 120x56 мм, паренхима 20 мм, левая почка: 118x54 мм, паренхима 20 мм. Паренхима обеих почек диффузно-неоднородная. Лоханки, чашечки не изменены. Конкременты, объемные образования не выявлены.

### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



Рисунок к задаче №78

#### Ситуационная задача № 79

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная М., 32 года, кассир, беспокоит повышение температуры тела до  $38,6^{\circ}\text{C}$ ; слабость, головные боли, мелькание мушек перед глазами, сердцебиение, боли в левой поясничной области без иррадиации, учащенное мочеиспускание небольшими порциями, рези в конце акта мочеиспускания, повышение АД до 145/90 мм рт. ст., слабость, снижение аппетита. Считает себя больной около 15-ти лет с появления учащенного мочеиспускания, резей в конце акта мочеиспускания, болей в поясничной области. Лечилась амбулаторно, при переохлаждении вновь отмечала подобную симптоматику. Повышение артериального давления стала отмечать во время беременности год назад, появились головные боли, сердцебиение, в связи с повышением артериального давления до 200/115 мм рт. ст. произведено кесарево сечение в сроке 27 недель, ребенок жив. Лечение регулярно не принимала.

**Объективно:** вес- 50 кг общее состояние средней степени тяжести, кожные покровы повышенной влажности, теплые, светло-розовые. Грудная клетка симметрично участвует в акте дыхания, над легкими легочной звук, дыхание везикулярное, ЧД 16 в 1/мин. Пульс ритмичный, повышенного наполнения, напряжен, частотой 76 в 1/мин. АД – 145/99 мм рт. ст. Тоны сердца правильного ритма и соотношения. Язык суховат. Живот мягкий, умеренно болезненный в левом фланке в месте проекции левой почки и над лоном. Симптом поколачивания положительный слева. Мочеточниковые точки безболезненны. Мочевой пузырь выступает на 2 см над лоном, пальпация его болезненна.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие**

**данные:**

1.Общий анализ крови: Нв -125 г/л, эр. -  $4.5 \times 10^{12}/л$ , ЦП 0,9; лейкоц. -  $11,2 \times 10^9/л$ , э. - 2%, п. - 8%, с. - 72%, лимф. - 16%, м. - 2в%; СОЭ - 28мм/ч.

2.Общий анализ мочи: плотность 1,018, сахар – отр., белок – 0,11г/л, лейкоц. - 12-16 в п/зр, эр 1-2 в п/зр, лейкоцитарные цилиндры 3-5 в п/зр, бактерии (+).

3.МРТ почек и мочевыводящих путей с контрастированием (см. приложение).

4. Б/х анализ крови: общий белок – 78 г/л, калий – 3,9 ммоль/л, глюкоза – 4,8 ммоль/л, мочевины – 8,9ммоль\л, креатинин – 148 мкмоль\л.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



**Рисунок к задаче №79**

### Ситуационная задача № 80

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

На приём обратилась больная Н., 65 лет, пенсионерка, с жалобами на отеки лица, поясничной области, нижних конечностей; уменьшение количества мочи до 500 мл в сутки, общую слабость, резкое ограничение подвижности суставов обеих кистей, лучезапястных суставов, стоп. Заболевания суставов беспокоят 40 лет, по поводу чего постоянно лечится у ревматолога, принимает метотрексат. Около полугода назад стали появляться отеки век, лица, проходившие к обеду, затем появились отеки поясничной области, ног, уменьшилось количество мочи.

**Объективно:** Вес 68 кг. Общее состояние тяжелое. Кожные покровы чистые, бледные. Видимые слизистые бледные. Наблюдается отечность век, параорбитальных областей, поясницы, предплечий, голеней, стоп. Отеки мягкие. Осмотрены кисти рук (см. вкладку). Грудная клетка правильной формы, ЧД-18/мин. Над легкими легочной звук дыхание, несколько ослаблено с обеих сторон. Пульс частотой = 96/мин, удовлетворительного наполнения, напряжен, левая граница относительной тупости сердца определяется на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии, тоны сердца приглушены, ослаблен I тон над верхушкой, акцент II тона над аортой, АД-120/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезнен, печень выступает из-под реберной дуги на 2 см, край плотный, ровный, закруглен, безболезнен. Почки, стоя и лёжа, не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: Нв-80 г/л, эр -  $3,0 \times 10^{12}$ /л, ЦП - 0,85; лейкоц. -  $4,5 \times 10^9$ /л, п. - 2%, с. - 57%, лимф. - 30%, м. - 11%, тромбоциты -  $185 \times 10^9$ /л, СОЭ 65 мм/ч.
2. Общий анализ мочи: мутная, плотность - 1,011, белок - 3,8 г/л, сахар - отр., лейкоциты - 4-6 в п/зр, эр - 2-5 в п/зр; цилиндры (гиалиновые 2-4 в п/зр, зернистые 3-5 и восковидные 1-3 в п/зр), дающие положительную ШИК-реакцию.
3. Биохимический анализ крови: общий белок 55 г/л, альбумины 41%;  $\alpha_1$ -глобулины 3%;  $\alpha_2$ -глобулины 18%;  $\beta$ -глобулины 26%;  $\gamma$ -глобулины 12%; холестерин 18,2 ммоль/л, триглицериды 3,55 ммоль/л, креатинин - 195 мкмоль/л, мочевины - 9,4 ммоль/л, АСТ - 20 ЕД/л, АЛТ - 22 ЕД/л, калий - 6,0 ммоль/л, натрий 142 ммоль/л, Р - 1,8 ммоль/л.
4. СКФ (СКД - EPI) = 34 мл/мин.
5. Ревматоидный фактор положительный.
6. УЗИ: почки одинаковых размеров 110 x 50 мм, паренхима-21 мм, наружный контур ровный, четкий.

### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



**Рисунок к задаче №80**



### Ситуационная задача № 81

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной М., 75 лет предъявляет жалобы на повышение температуры тела до 37,4<sup>0</sup>С, головные боли, мелькание мушек перед глазами, ноющие боли в пояснице с двух сторон, частое мочеиспускание небольшими порциями, слабую струю мочи при мочеиспускании. Считает себя больным в течение 20-ти лет с появления учащенного мочеиспускания, снижения силы напора струи мочи при мочеиспускании. В последние десять лет стало наблюдаться недержание мочи, появились боли в пояснице, ознобы, головные боли, нарастала общая слабость. Ухудшение состояния отмечает в течение недели, повысилась температура тела до 37,5<sup>0</sup>С, усилились боли в пояснице, участилось мочеиспускание, принимал парацетамол, улучшения не отмечает.

**Объективно:** Вес 78кг, состояние средней степени тяжести, сознание ясное, кожные покровы сухие, без высыпаний, тургор кожи снижен. Обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания, ЧД 18 в 1 мин. Над легкими легочной звук, дыхание везикулярное. Пульс ритмичный, хорошего наполнения, напряжен, частотой 80 в 1 мин. АД 155/100 мм рт. ст. Ослаблен I тон над верхушкой сердца, акцент II тона над аортой. Живот мягкий, безболезнен. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по пояснице положителен с обеих сторон. Почки не пальпируются, в их проекции отмечается болезненность. Мочевой пузырь выстоит над лоном на 5 см, безболезнен. После мочеиспускания мочевой пузырь выстоит над лоном на 4 см.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

- 1.Общий анализ крови: Нв 115 г/л, эр.  $4,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоц.  $12,8 \times 10^9$ /л, э.- 1, п. - 5, с. - 70, лимф. – 23, м. – 1, СОЭ 23 мм/ч.
- 2.Общий анализ мочи: мутная, плотность 1,016; белок 0,9 г/л, сахар отр., эр. 1-3 в п/зр, лейкоцитарные цилиндры 2-4 в п/зр.
- 3.УЗИ почек: обе почки в типичном месте, правая 115 x 50 мм, левая 120 x 55 мм, корковый слой 16 мм, ЧЛК обеих почек несколько расширен, стенки утолщены.

#### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

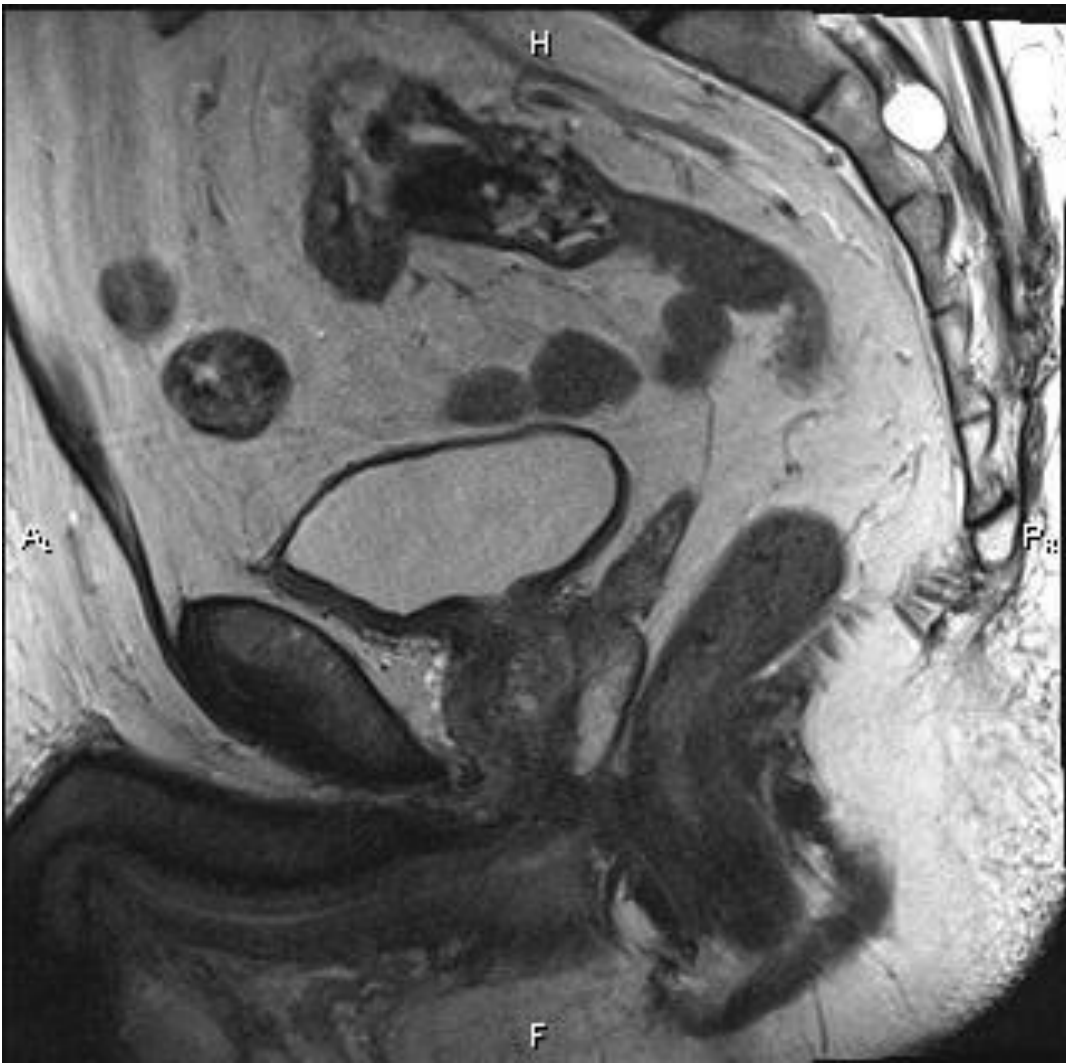


Рисунок к задаче №81



## Ситуационная задача № 82

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная Т., 35 лет, поступила с жалобами на снижение аппетита, общую слабость, отеки век, лица и нижних конечностей. Заболела 2,5 года назад, когда после переохлаждения впервые появились тянущие тупые боли в поясничной области, отеки на лице. Больная постоянно находится на амбулаторном диспансерном наблюдении. Трижды за этот период находилась на стационарном лечении. Получает преднизолон в дозе 5 мг/сут. Настоящее ухудшение состояния в течение последних двух недель связывает с перенесенным ОРВИ. Перенесенные заболевания: ангина, ОРЗ. Больная работает учителем, профессиональных вредностей не имеет. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Объективно:** состояние средней тяжести. Рост — 163 см, масса тела — 78 кг. Температура тела — 36,0 °С. Лицо бледное, одутловатое, веки отечны, глаза сужены. Кожные покровы и слизистые бледные, чистые, влажные. Выраженные отеки на лице и нижних конечностях. Частота дыхания — 19 уд/мин. При сравнительной перкуссии ясный, легочный звук. Область сердца и крупных сосудов не изменена. Границы относительной тупости сердца: правая на 0,5 см вправо от правого края грудины, левая на 1 см левее от среднеключичной линии в V межреберье, верхняя на уровне верхнего края III ребра. При аускультации сердца тоны сердца ясные, ритмичные, пульс — 76 уд/мкв, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 125/75 мм рт. ст. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову — 10 x 9 x 8 см. Область почек не изменена, почки не пальпируются.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие**

**данные:** Анализ крови: эритроциты —  $3,8 \cdot 10^{12}/л$  НБ — 103 г/л, ЦП — 0,8, МСН — 32pg, MCV — 102fL, МСНС — 310g/L, Ht — 28%, лейкоциты — 9,1 тыс./л, п/я — 5%, с/я — 55%, эозинофилы — 0%, лимфоциты — 33%, моноциты — 7%, СОЭ — 29 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность — 1011, белок — 6,5 г/л, лейкоциты — 3-4 в поле зрения, эритроциты — 10-14 в поле зрения, гиалиновые цилиндры — 4-6 в поле зрения. Суточная протеинурия — 4,5 г.

Биохимический анализ крови: кретинин — 144 мкмоль/л. Общий белок сыворотки крови 52 г/л (альбуминов — 27%, а1-глобулинов — 6%, а2-глобулинов — 11%, b-глобулинов — 14%, 'у-глобулинов — 24%), холестерин сыворотки — 10,8 ммоль/л. Скорость клубочковой фильтрации 40.56 мл/мин, канальцевая реабсорбция — 95%.

УЗИ почек: Размеры почек: правая почка длина 104мм, ширина 41мм, толщина паренхимы 18мм, левой почки длина 105мм, ширина 46мм, толщина паренхимы 17мм. Контуры ровные, четкие. Эхогенность нормальная. Пирамиды визуализируются четко. ЧЛС не расширена. Мочевой пузырь не наполнен. Конкременты не выявлены.

Биопсия почки: получено 25 клубочков: склероз капиллярных петель клубочков, синехий сосудистых долек с капсулой, фиброэпителиальных и фиброзных полулуния, утолщение капсулы клубочка. Выявленные фибропластические изменения в клубочках сопровождаются дистрофией эпителия проксимальных и дистальных отделов канальцев, субатрофией эпителия, атрофией и коллапсом канальцев, разрастанием соединительной ткани.

### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

### Ситуационная задача № 83

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной Д., 40 лет, сторож-вахтёр, обратился с жалобами на общую слабость, боли по всему позвоночнику (усиливающиеся в покое и ночью), в крестце, уменьшающиеся после физических упражнений; утреннюю скованность в спине продолжительностью до 40 минут.

Считает себя больным с 30 лет, когда стала беспокоить ноющая двусторонняя боль в поясничной области и крестце, проходящая после разминки. В течение года присоединилась утренняя скованность в пределах 30 минут, эпизодически (3-4 раза в год) отмечал беспричинное повышение температуры до 37-37,5°C. Неоднократно обращался за медицинской помощью в связи с болями в спине, наблюдался у невролога по поводу поясничного остеохондроза, отмечал кратковременный положительный эффект от назначенного лечения (НПВП и паравертебральные блокады). В течение последних 5 лет отмечает появление стойкого нарушения осанки. В течение последних 3 лет за медицинской помощью не обращался, при усилении болей в спине самостоятельно принимал нимесулид с хорошим эффектом.

**Объективно:** состояние удовлетворительное, положение активное. Температура тела 37,3°C. Внешний вид больного (см. фото). Мышцы грудной клетки гипотрофичны. Отмечается болезненность при пальпации по ходу позвоночника во всех отделах. Активные и пассивные движения в позвоночнике в сагиттальной и фронтальной плоскостях ограничены, болезненны. Симптомы Кушелевского I, II, III – положительные. ЧД 18 в минуту. Экскурсия грудной клетки – 3 см. Обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания, над легкими ясный лёгочный перкуторный звук, везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. АД 135/85 мм рт.ст. ЧСС 74 удара в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона на аорте. Живот мягкий, безболезненный как при поверхностной, так и при глубокой пальпации.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: эритроциты -  $4,2 \times 10^{12}/л$ , Hb - 122 г/л, тромбоциты -  $220 \times 10^9/л$ , лейкоциты -  $10,1 \times 10^9/л$ , п/я - 1%, с/я - 63%, м - 4%, э - 2%, л - 30%, СОЭ - 58 мм/ч.
2. Общий анализ мочи: желтая, удельный вес 1032, белок - 1,0 г/л, сахар - нет, лейкоциты - 2-5 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения, соли - нет.
3. Биохимический анализ крови: билирубин 18,0 мкмоль/л, (прямой 4,8 мкмоль/л), общий белок - 55 г/л, холестерин - 6,0 ммоль/л, креатинин - 0,09 ммоль/л, фибриноген 5 г/л.
4. С-реактивный белок - 48 мг/л (норма 1-6 мг/л), ревматоидный фактор - отрицательный, HLA-DR4 - отрицательный, HLA-B27 - положительный.
5. Рентгенограмма крестцово-подвздошных сочленений. Слева в центральных, верхних и нижних отделах КПС контуры суставных поверхностей неровные, нечеткие; суставная щель с участками сужения и расширения (эрозии); выраженный субхондральный распространенный остеосклероз с обеих сторон суставной щели (сакроилиит, R-стадия III). Справа в центральных и нижних отделах КПС: контуры суставных поверхностей нечеткие на всем протяжении; суставная щель с участками умеренного сужения и расширения; умеренный субхондральный распространенный остеосклероз (сакроилиит, R-стадия II).



**Рисунок к задаче №83**

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

### Ситуационная задача № 84

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной Г. 44года, бухгалтер, предъявляет жалобы на ноющие боли в поясничной области, постоянные, без иррадиации; кожный зуд, снижение аппетита, тошноту, рвоту, повышение АД до 175/100 мм рт.ст. Повышение артериального давления впервые выявлено десять лет назад во время медосмотра, при углубленном обследовании обнаружены кистозные изменения обеих почек по УЗИ (со слов). Через пять лет появилось учащенное мочеиспускание, сухость во рту, тошнота, снижение аппетита, боли в поясничной области. Повышение АД переносит легко, лечение регулярно не принимает. Последнее ухудшение около месяца с присоединения жалоб на рвоту, приносящую облегчение, жидкий стул, кожный зуд, болезненное мочеиспускание, повышение температуры до 37,5 С. Тяжесть в правом подреберье.

**Объективно:** Вес =73кг, Рост = 179см. Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы сухие, бледные, на боковых поверхностях грудной клетки линейные расчесы. Видимые слизистые бледные. Грудная клетка участвует в дыхании равномерно. ЧД 15 в мин. Над легкими легочный звук, дыхание везикулярное. Пульс ритмичный, частотой 88 в мин, АД 170/100 мм рт. ст., повышенного наполнения и напряжения, левая граница относительной сердечной тупости по левой среднеключичной линии, ослаблен I тон над верхушкой, акцент II тона над аортой. Язык сухой. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется из подреберья на 1см, селезенка не пальпируется. Пальпируются нижние полюса обеих почек, бугристые, безболезненные. Симптом поколачивания слабо положительный с обеих сторон. Мочевой пузырь не пальпируется.

В анамнезе: у отца, брата (смерть от заболевания почек).

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

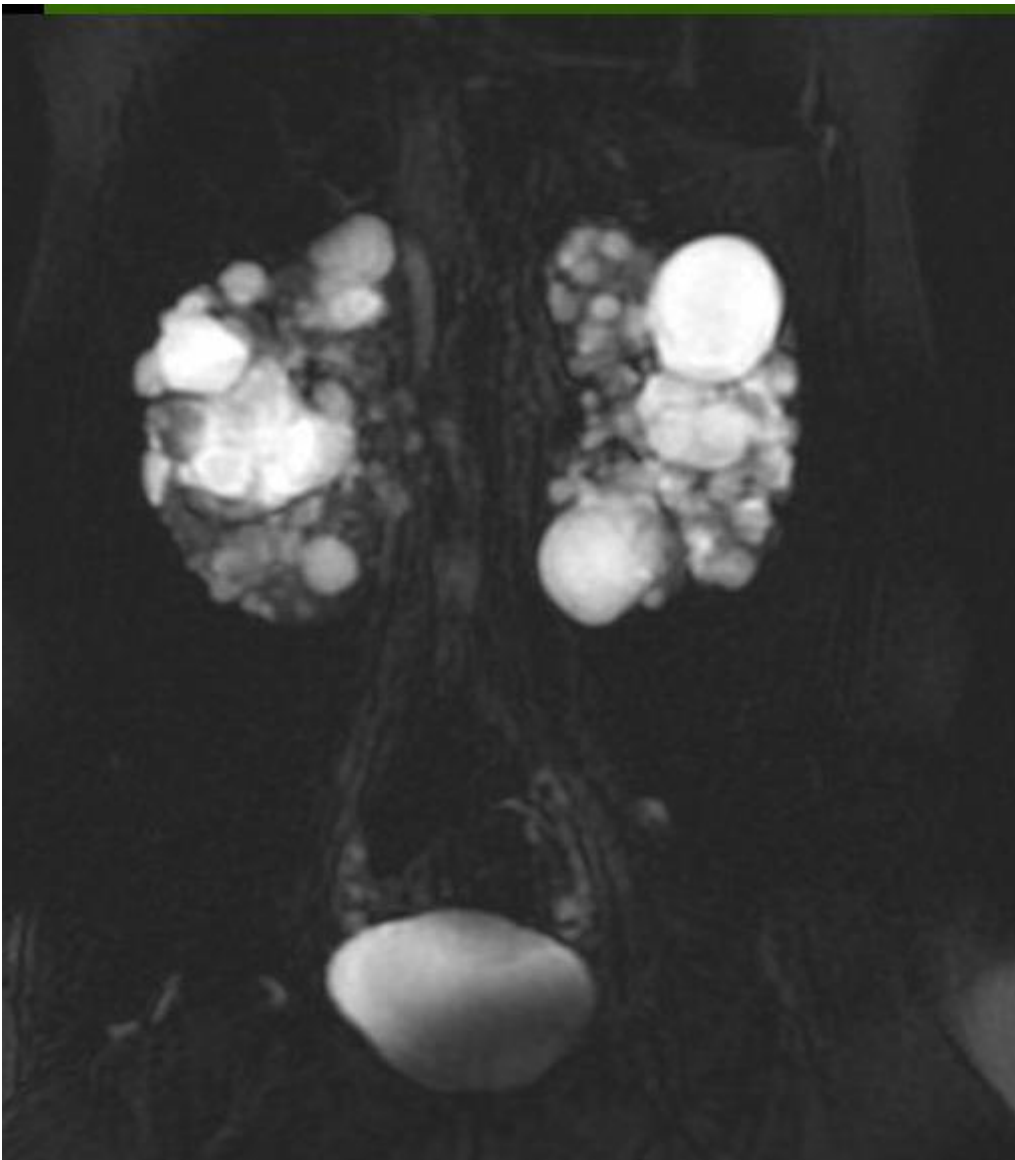
1.Общий анализ крови: эритроциты –  $2,8 \cdot 10^{12}/л$  НЬ — 82 г/л, ЦП – 0,80, МСН – 32Pg , МCV – 102fL , МСНС – 310g/L, Ht – 28%, лейкоциты — 9,1 тыс./л, палочкоядерные— 5% , сегментоядерные — 55%, эозинофилы — 0%, лимфоциты — 33%, моноциты — 7%, СОЭ —29 мм/ч.

2.Общий анализ мочи: светлая, плотность 1.009; белок 2.1 г/л, эр. – 4-5 в п/зр, цилиндры: гиалиновые 3-6 в п/зр, эпителиальные 2-4 в п/зр, зернистые 1-2 в п/зр.

3.Биохимический анализ крови: общий белок 60 г/л, глюкоза 5,4 ммоль/л, креатинин 0,96 ммоль/л, мочевины 28,2 ммоль/л, холестерин 6,0 ммоль/л., К- 6,7ммоль/л., Na-138 ммоль/л., P- 1,9 ммоль/л., Ca- 2,0 ммоль/л.

### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



**Рисунок к задаче №84**

### Ситуационная задача № 85

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная К., 42 лет, продавец, обратилась с жалобами на умеренные постоянные боли в правой поясничной области, периодически болезненное мочеиспускание, моча желтого цвета, мутная. Повышение температуры тела до 38,8°C, повышенную потливость. Данные жалобы возникли 4 дня назад после сильного переохлаждения. Сегодня боли впервые стали иррадиировать во внутреннюю поверхность бедра и появилось покраснение мочи. В течение последних 15-ти лет жизни неоднократно отмечала ознобы, повышение температуры до 38°C, приступы болей в пояснице, лечилась различными антибактериальными препаратами с хорошим эффектом.

**Объективно:** Вес 56кг. Рост 160см., температура тела 38,8°C, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые, повышенной влажности. Периферические лимфоузлы – не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в мин. Тоны сердца – громкие, ритмичные. ЧСС – 102/мин., АД 160/100 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в правом фланке, слева б\о. При осмотре поясничная область визуально не изменена. Отмечается умеренная болезненность при поколачивании поясничной области, больше справа. Отеков нет.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1.ОАК: эритроциты –  $4,2 \cdot 10^{12}/л$ , Hb – 133 г/л, ЦП – 0,8, MCH – 32Pg, MCV – 102fL, MCHC – 310g/L, Ht – 28%, тромбоциты –  $210 \cdot 10^9/л$  лейкоциты –  $22,3 \cdot 10^9/л$ , п/я – 14%, с/я – 51%, ретикулоциты – 1%, лимфоциты – 32%, моноциты – 3%, СОЭ – 39 мм/ч.

2.Б/х анализ крови: общий белок – 78 г/л, общий билирубин – 10,9 мкмоль/л, калий – 3,1– ммоль/л, глюкоза – 4,8 ммоль/л, мочевины – 8,9 ммоль/л, креатинин – 148 мкмоль/л, мочевая кислота – 524 ммоль/л.

3.ОАМ: моча красноватая, мутная, удельный вес – 1012, белок – 0,8г/л, лейкоциты – 20-35 в п. зр., эритроциты – 30-50 в п. зр., слизь – большое количество, бактерии – бол. кол-во, соли – ураты большое к-во.

4.УЗИ почек: правая почка 110x54 мм, паренхима 18 мм, левая почка: 118x52 мм, паренхима 19мм. Паренхима обеих почек диффузно-неоднородная. Контуры нечеткие, неровные, подвижность сохранена, полостная система справа расширена, уплотнена. Конкремент в устье правого мочеточника 5мм.? Объемных образований не выявлено. Мочевой пузырь б\о.

#### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.





**Рентгенограмма к задаче №85**

### Ситуационная задача № 86

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной Ф., 58 лет, слесарь, обратился с жалобами на постоянную выраженную слабость, утомляемость, одышку с чувством нехватки воздуха и учащенное сердцебиение при умеренной физической нагрузке (поднимается до 2-го этажа), отрыжку, резкое снижение аппетита, боли в языке жгучего характера.

Жалобы появились в течении последнего года, усилились последние 3-4 месяца без видимой причины. Ранее за медицинской помощью не обращался, сопутствующей патологии не отмечает.

**Объективно:** Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные с желтушным (лимонным) оттенком, без высыпаний. Придатки кожи – без особенностей. Периферические лимфоузлы – не увеличены. Грудная клетка правильной формы, ЧД – 22 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс правильного ритма, удовлетворительного наполнения и напряжения, частотой 98 в мин. АД – 120/70 мм.рт.ст. Тоны сердца – громкие, ритмичные ЧСС – 98 в минуту. Мягкий систолический шум на верхушке. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень на 1,5 см. ниже края реберной дуги, селезенка – не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон.

#### Параклинические исследования:

1. Общий анализ крови: Нв - 76 г/л, эритроц. -  $2,9 \times 10^{12}/л$ , MCV – 109 фл, MCH – 39 пг, MCHC – 330 г/л, анизоцитоз +++, пойкилоцитоз +++. Определяются тельца Жолли, кольца Кэбота, ретикулоциты – 1%, тромбоциты –  $115 \times 10^9/л$ , лейкоциты -  $3,1 \times 10^9/л$ , нейтрофилы: п/я – 4 %, с/я – 71 %, лимфоциты – 20 %, моноциты – 5 %, СОЭ – 49 мм/ч.

#### 2. УЗИ органов брюшной полости:

Печень

Контуры: ровные, правая доля КВР(мм):161, структура диффузно-неоднородная, эхогенность: умеренно повышена, сосудистый рисунок :сохранён Диаметр воротной вены(мм):1. Внутривенные желчные протоки: не расширены. Диаметр холедоха(мм):6.

Желчный пузырь

Размеры: длина(мм):72 ширина(мм):24, форма:обычная Стенки -толщина стенки(мм):2

Поджелудочная железа

Контуры: чёткие, ровные. Размеры :головка(мм):28, тело(мм):20, хвост(мм):29

Эхоструктура:диффузно-неоднородная Эхогенность: повышена

Вирсунгов проток :1мм

Селезенка

Контуры ровные. Размеры: длина(мм):144 ширина(мм):50. Диаметр селезеночной вены(мм):6

Эхоструктура: однородная. Эхогенность: средняя.

Дополнительно :свободной жидкости в брюшной полости нет





**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

### Ситуационная задача № 87

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная К., 33 лет, воспитатель в детском саду, обратилась к врачу с жалобами на сонливость, слабость, сердцебиение при ходьбе, проходящее в покое, сухость кожи, особенно в области локтевых суставов, сухость усиливается после контакта с водой (принятие душа, ванны). Периодически появляются трещины в области углов рта. Считает себя больной около года. По месту работу регулярно проходит медицинские осмотры, последний - восемь месяцев назад, но патологических отклонений не выявлено. Хронические заболевания отрицает, родов двое с интервалом 1,5 года, последние 2 года назад.

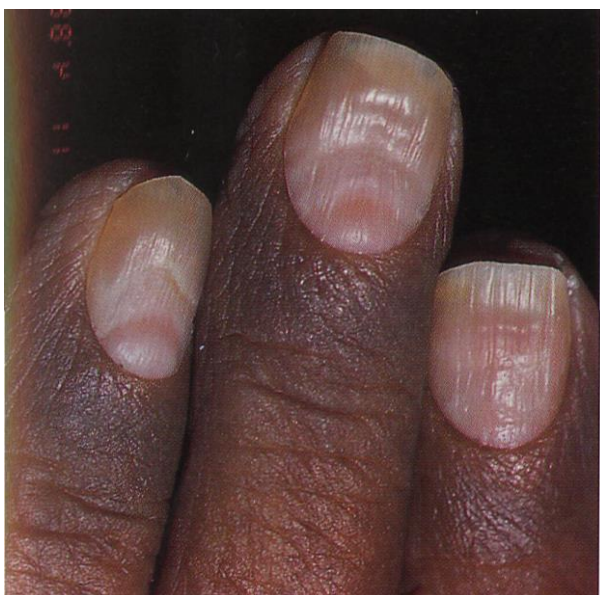
**Объективно:** состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, без высыпаний, сухие, умеренный гиперкератоз разгибательных областей локтевых и коленных суставов Грудная клетка равномерно участвует в дыхании. Частота дыхания 19 в 1 мин. Над легкими ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, 98 ударов в минуту, АД 118/78 мм рт. ст. Тоны сердца правильного ритма и соотношения, мягкий систолический шум в V межреберье на 1,5 см кнутри от левой срединноключичной линии. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены.

#### Параклинические исследования:

1.Общий анализ крови: Нб - 86 г/л, эритроциты –  $4,0 \times 10^{12}/л$ , MCV – 71 фл, MCH – 20пг, MCHC – 330 г/л., тромбоциты –  $247 \times 10^9/л$ , лейкоциты -  $5,7 \times 10^9/л$ , эоз. - 4%, п/я -3%, с/я - 52%, лимф. - 35%, м - 6%; анизоцитоз ++, микроцитоз +++, СОЭ- 29 мм/ч.

2.Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, рН кислая, плотность 1,026; белок и сахар – отр., лейкоциты- 1-2 в п/зр, эпителий – 2-3 в п/зр.

3.Билирубин общий - 11,8 мкмоль/л, прямой 4,8 мкмоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, общий холестерин – 4,9 ммоль/л, креатинин - 0,08 ммоль/л.



#### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

### Ситуационная задача № 88

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

К врачу обратилась больная Н., 57 лет, пенсионерка, не работающая. С жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, головокружение, сердцебиение одышку с чувством нехватки воздуха при обычной физической нагрузке, которую раньше переносила без одышки. Считает себя больным в течение 2-3 лет, когда появились данные жалобы с постепенным их нарастанием, к врачам по этому поводу не обращалась. В анамнезе- сахарный диабет 2 типа, по поводу чего принимает метформин по 1000 мг \*2 раза в день в течение последнего года, ранее была только диетотерапия, хронический бронхит с редкими обострениями.

**Объективно:** При обследовании: состояние удовлетворительное, бледность кожных покровов и видимых слизистых, легкая желтушность кожных покровов и слизистых. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс правильного ритма, удовлетворительного наполнения и напряжения, частотой 92 в мин. АД – 130/86 мм.рт.ст. Тоны сердца – громкие, ритмичные ЧСС – 92 в минуту. Мягкий систолический шум на верхушке. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень на 1,0 см. ниже края реберной дуги, селезенка – не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон

#### Параклинические исследования:

1. Общий анализ крови: Hb 96 г/л, эр.  $2,5 \times 10^{12}/л$ , ретикул. – 0%, MCV – 101 фл, MCH – 36 пг, MCHC – 344 г/л, анизоцитоз +++, пойкилоцитоз +++. ; лейкоц.  $6,2 \times 10^9/л$ , э. – 0, п – 0, с – 30, лимф. – 70; тромбоц. –  $169 \times 10^9/л$ , СОЭ 38 мм/час.
2. Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, плотность 1,017, белка нет, сахар отриц., эпителий ед в п/зр.
3. БАК: общий билирубин – 44 ммоль/л, прямой билирубин – 5 ммоль, непрямой билирубин – 39 ммоль/л, АСТ – 30 Ед/л, АЛТ – 29 Ед/л, мочевины – 4,4 ммоль/л, креатинин – 78 мкмоль/л, глюкоза – 7,2 ммоль/л, / – концентрация витамина В12 – 2158 пг/мл (норма 100 - 4000 пг/мл)..
4. ЭКГ: ритм синусовый, частотой 96 в 1 мин; эл. ось сердца полугоризонтальная, метаболические изменения миокарда.

#### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

### Ситуационная задача № 89

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной К., 37 лет, инженер, обратился к врачу с жалобами на выраженную слабость, одышку при незначительных физических нагрузках, появление синяков на коже по всей поверхности тела без каких-либо провоцирующих факторов, частые носовые кровотечения без видимой причины, десневые кровотечения при чистке зубов, боли в горле при глотании. Считает себя больным около месяца. Медосмотр полгода назад - патологии не выявлено. Работает инженером на заводе по производству удобрений.

**Объективно:** состояние больного средней степени тяжести. Температура тела – 37,4°С.

Кожные покровы и видимые слизистые бледные, большое количество экхимозов различной локализации, разной стадии «цветения». Слева в подчелюстной области пальпируются два лимфоузла, оба до 2 см в диаметре, болезненные, подвижные плотно-эластичной консистенции. Остальные группы лимфоузлов не увеличены. Грудная клетка равномерно участвует в дыхании. ЧД 23 в 1 мин. Над легкими ясный легочный звук, дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, частотой 108 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 110/70 мм рт ст. Тоны сердца правильного соотношения. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см изпод края ребёрной дуги, край ровный, эластичный безболезненный, селезёнка - +1 см из под края ребёрной дуги по левой переднеподмышечной линии. Симптом поколачивания поясничной области отрицательный с обеих сторон.

**Параклинические исследования:**

1.Общий анализ крови: Нв - 46 г/л, эр. -  $2,9 \times 10^{12}/л$ , MCV – 89фл, MCH – 26 пг, MCHC – 340 г/ллейк.  $72,5 \times 10^9/л$ , бласты – 16%, с/я - 49%, лимф. – 35%; тромб. –  $5 \times 10^9/л$ , СОЭ - 66 мм/ч.

2.Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, рН кислая, плотность 1,016; белок, сахар – отр., лейкоц. 1-2 в п/зр, эп. 2-3 в п/зр.

3.Билирубин общий - 18,8 мкмоль/л, креатинин - 0,095 ммоль/л, мочевины – 7,0 ммоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, общий холестерин – 5,9 ммоль/л, калий – 3,9 ммоль/л, натрий – 145 ммоль/л, общий белок – 76 г/л,

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**Ситуационная задача № 90**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)**

Больной А. 62 лет, охранник, обратился в поликлинику с жалобами на слабость, повышенную потливость, снижение веса на 10 кг за последние полгода без каких-либо видимых причин, характер питания прежний, аппетит в норме, увеличение шейных, подмышечных лимфатических узлов; ощущение тяжести в области правого и левого подреберий. Заболеваний ранее не отмечал.

**Объективно:** Кожные покровы и видимые слизистые бледные, без высыпаний, суховатые. Задние шейные лимфатические узлы слева (2) увеличены до 4 см, безболезненные, подвижные, мягко-эластичной консистенции; пальпируется надключичный лимфоузел слева до 2 см, безболезнен, мягкий, подвижный, подмышечные лимфоузлы определяются с обеих сторон до 2 см в диаметре, безболезненные, подвижные мягко-эластичные. Лимфоузлы не спаяны между собой, кожа над ними не изменена. Грудная клетка правильной формы, ЧД 19 в 1 мин., над легкими легочной звук, дыхание везикулярное. Ритм сердечной деятельности правильный, частотой 86 уд/мин, тоны сердца правильного соотношения. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень – на 2 см ниже края реберной дуги, нижний край ровный, безболезнен, округлый. Селезенка выступает из-под края реберной дуги на 3 см, край безболезнен, округлый. Симптом поколачивания поясничной области отрицателен с обеих сторон.

### **Параклинические исследования:**

1.Общий анализ крови: НЬ - 110 г/л, эр. –  $3,9 \times 10^{12}$ /л, MCV – 82 фл, MCH – 27пг, MCHC – 362 г/л; ретикулоциты – 1%, тромб. -  $169 \times 10^9$ /л, лейкоц. –  $55,5 \times 10^9$ /л, п. – 1 %, с. – 23 %, лимфоциты 2%, л-73 %, м – 1 %, СОЭ – 81 мм/ч.

2.Общий анализ мочи: цвет соломенно – желтый, прозрачная, плотность – 1,019, белок – отр., сахар – отр., слизь - умеренное количество.

3.УЗИ органов брюшной полости: Печень: Контуры: ровные, правая доля КВР(мм):189, структура диффузно-неоднородная, эхогенность: умеренно повышена, сосудистый рисунок:сохранён Диаметр воротной вены(мм):1. Внутривеночные желчные протоки: не расширены. Диаметр холедоха(мм):6.

Желчный пузырь

Размеры: длина(мм):70 ширина(мм):22, форма:обычная Стенки -толщина стенки(мм):2

Поджелудочная железа

Контуры: чёткие, ровные. Размеры :головка(мм):26, тело(мм):21, хвост(мм):25

Эхоструктура:диффузно-неоднородная Эхогенность: повышена. Вирсунгов проток:1мм

Селезенка

Контуры ровные. Размеры: длина(мм):188 ширина(мм): 68. Диаметр селезеночной вены(мм):6

Эхоструктура: неоднородная. Эхогенность: средняя.

Дополнительно :свободной жидкости в брюшной полости нет

4.Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, общий билирубин – 35 мкмоль/л, прямой – 14 мкмоль/л, АСТ – 89 Ед/л, АЛТ – 81 ЕД/л, креатинин – 89 мкмоль/л, мочевины – 6,9 ммоль/л, ферритин – 589 нг/мл (норма 20-250 нг/мл).

### **Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

### **Ситуационная задача № 91**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)**

Больная Б., 30 лет, обратилась с жалобами на резкую, «дергающую» боль в надключичной области справа, отдающую за ухо; боль в горле при глотании; повышение температуры до  $38,0^{\circ}\text{C}$ ; слабость. Считает себя больной в течение 3 дней. Отмечала кратковременное улучшение после приема «Нурофена». В анамнезе: ОРВИ 1-2 раза в год, последнее – месяц назад; хронический пиелонефрит, последняя активность 5 лет назад; в течение трех месяцев проходила лечение и протезирование у стоматолога. Аллергия (крапивница) на цитрусовые.

**Объективно:** Состояние удовлетворительное. Активна. Т  $37,4^{\circ}\text{C}$ . Кожные покровы чистые, повышенной влажности. Слизистые чистые. Зев без особенностей. Зоны придаточные пазухи носа при пальпации и перкуссии безболезненны. Дыхание везикулярное. Сердечные тоны громкие, ритм правильный, ЧСС 100 в минуту. АД 110/70 мм рт ст. Язык чистый, влажный; слизистые ротовой полости обычной окраски. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Периферических отеков нет. Область шеи на глаз не изменена, кожа обычной окраски и температуры. При пальпации щитовидная железа увеличена больше за счет правой доли; в нижнем полюсе правой доли пальпируется

плотный узел 1,5 см, болезненный; регионарные лимфоузлы не увеличены. С. Мари (слабо +). Отеки периферические отсутствуют.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1.ОАК: Количество лейкоцитов  $5,6 \times 10^9/\text{л}$  (4,00-8,80). Количество эритроцитов  $3,9 \times 10^{12}/\text{л}$  (3,70-4,70). Гемоглобин 135 г/л (120-150). Гематокрит 39,0 % (36,0-42,0) Количество тромбоцитов  $270 \times 10^9/\text{л}$  (150-400). СОЭ 46 мм/ч (2-15).

2.Глюкоза- 4,8 ммоль/л; оХс – 5,0 ммоль/л; о. кальций - 2,3 мкмоль/л.

3.ЭКГ: ЧСС 100 в минуту, синусовый ритм.

4.УЗИ щитовидной железы.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).

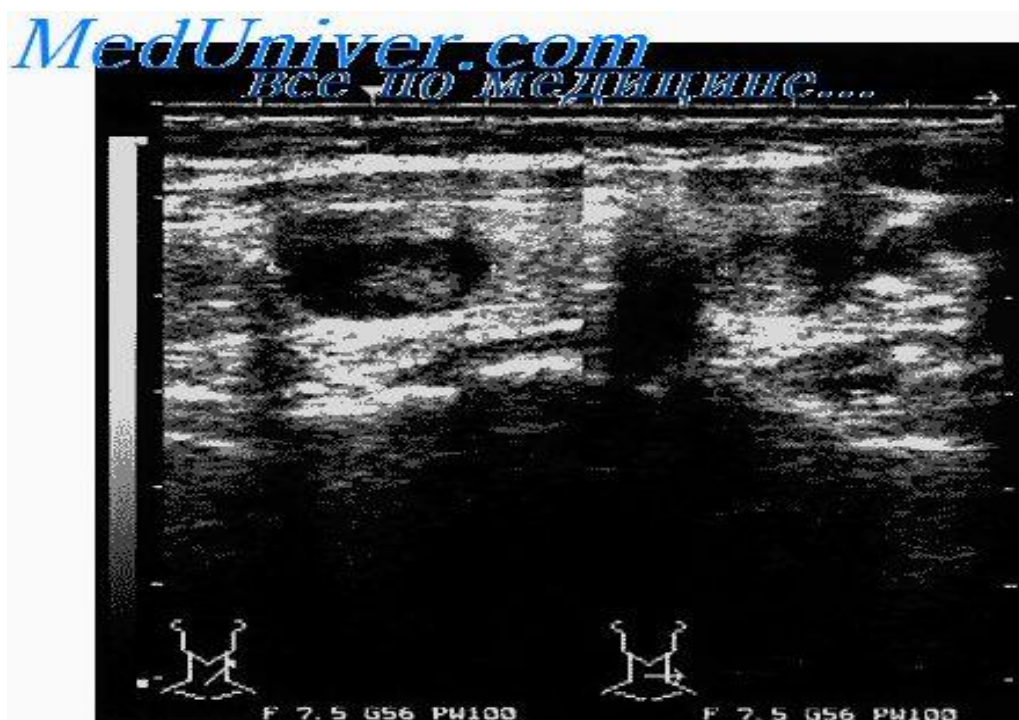
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больной?

3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо. Дайте оценку УЗИ щитовидной железы пациентки.

4. Составьте программу лечения.

5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?

6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больной? Определить трудоспособность.



К задаче № 91. УЗИ щитовидной железы пациентки Б., 30 лет



### Ситуационная задача № 92

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Пациентка П., 31 года доставлена родственниками в приемное отделение в лежачем положении. Беспокоит выраженная слабость, головокружение, тошнота, отсутствие аппетита, периодически боль в животе без определенной локализации. Полгода назад отметила появление постепенно нарастающей слабости, без причины снижения настроения. В течении двух месяцев отметила снижение аппетита до полного отсутствия, похудание на 5-6 кг. Последнюю неделю из-за слабости не встает с постели. Два дня постоянная тошнота, боль в животе без определенной локализации. В анамнезе: хронические заболевания отрицает. Проживает с семьей – муж, сын 9 месяцев. Беременность была первая, протекала без осложнений. Срочные роды. Вес ребенка 4500г. Информации об объеме кровопотери нет. Из-за отсутствия лактации сразу – искусственное вскармливание. После родов менструальная функция не возобновилась. В отпуске по уходу за ребенком.

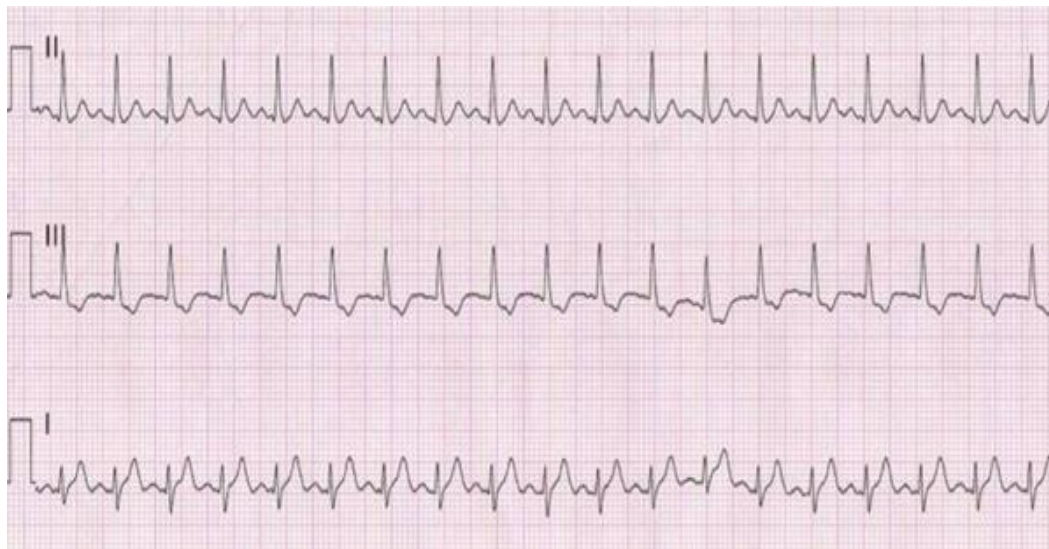
**Объективно:** Состояние тяжелое, говорит тихо, едва слышно. Масса тела 60 кг, рост 168 см. Кожные покровы бледно-серо-желтушные, сухие, прохладные. Подкожно жировой слой развит умеренно. Легкая отечность век, лицо амимично. Волосы: на голове тусклые, редкие; отсутствуют в подмышечных впадинах и на лобке. Грудные железы безболезненны, лактореи нет, ареолы бледные. ЧД 16 в минуту. При аускультации дыхание везикулярное. Сердечные тоны приглушены, ритм правильный. ЧСС 100 в минуту. АД 60/20 мм рт ст. Слизистые рта сухие, чистые. Живот втянут, при поверхностной и глубокой пальпации без болезненный. Печень у края реберной дуги. Щитовидная железа нормальных размеров, эластичная безболезненная. С. Грефе, Кохера – отрицательные.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1.ОАК: Количество лейкоцитов  $5,9 \times 10^9/\text{л}$  (4,00-8,80). Количество эритроцитов  $3,9 \times 10^{12}/\text{л}$  (3,70-4,70). Гемоглобин 120 г/л (120-150). Гематокрит 39,0 % (36,0-42,0) Количество тромбоцитов  $200 \times 10^9/\text{л}$  (150-400). СОЭ 15 мм/ч (2-15).

2.Глюкоза 3,8 ммоль/л (3,33-5,55); калий 5,9 ммоль/л; натрий 132 ммоль/л; мочевины 8,0 ммоль/л.

3. ЭКГ.



К задаче № 92. ЭКГ пациентки П., 31 г

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).

2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больной?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больной? Определить трудоспособность.

### Ситуационная задача № 93

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Пациент А., 28 лет, инженер-строитель, доставлен в приемное отделение с болью в животе, локализующейся в эпигастрии, многократной рвотой слизью. Из анамнеза: в течении недели снижение аппетита, снижение массы тела, жажда до пяти литров в сутки, многократное мочеиспускание по ночам. Сутки назад появилась тошнота, рвота пищей, боль в животе. Самостоятельно принимал но-шпу, активированный уголь, «Смекту», улучшения не отмечал. В течение суток из-за слабости не вставал с постели. В детстве перенес краснуху, редко ОРВИ.

**Объективно:** состояние тяжелое, лежит на правом боку, с трудом говорит из-за одышки и слабости. Сознание сохранено, ориентирован в обстановке, адекватен при беседе. Удовлетворительного питания. Кожные покровы с гиперемией лица и шеи, сухие, расчесы на спине и конечностях; тургор снижен. Тонус мышц верхних и нижних конечностей равномерно снижен. ЧД 20 в мин. Дыхание шумное, слышно на расстоянии, запах ацетона в выдыхаемом воздухе. При аускультации выслушивает над всеми отделами легких везикулярное дыхание. Сердечные тоны громкие, ритм и соотношение правильные. ЧСС 106 в минуту. АД 100/60 мм рт ст. Слизистые рта, язык сухие, трещины на губах и углах рта. Живот участвует в дыхании, при пальпации в эпи- и мезогастрии болезненность. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перистальтика сохранена. Печень +1 см от края реберной дуги по среднеключичной линии.

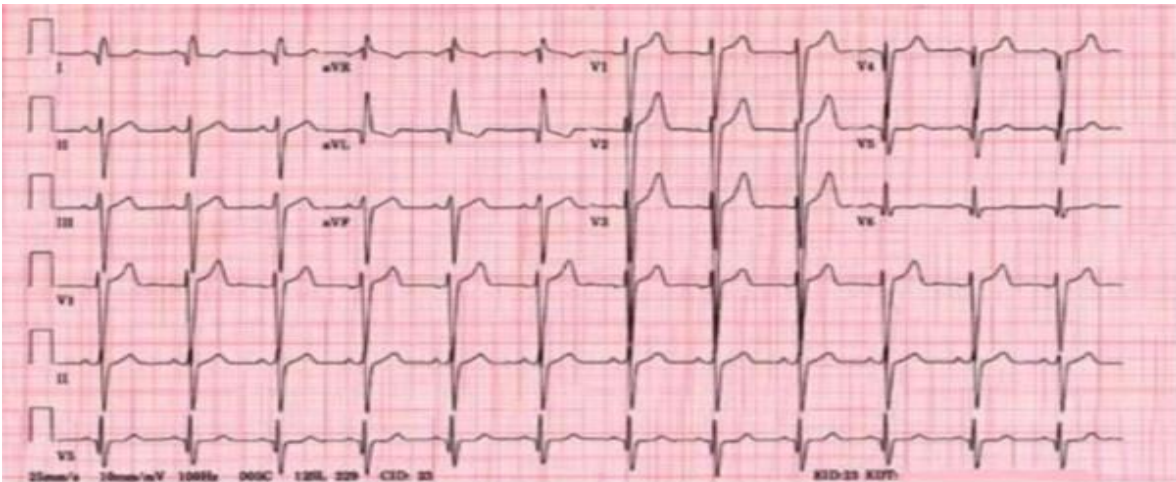
**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. В моче «экспресс методом» кетоновые тела +++ (отр).
2. Глюкоза крови 22 ммоль/л (3,33-5,55).
3. КЩС: рН 7,08 (7,35- 7,45); ВЕ – 13,5 (-2,3 -+2,3).
4. ОАК: Количество лейкоцитов  $12,0 \times 10^9/\text{л}$  (4,00-8,80). Количество эритроцитов  $9,9 \times 10^{12}/\text{л}$  (3,70-4,70). Гемоглобин 150 г/л (120-150). СОЭ 10 мм/ч (2-15).
5. Калий 3,9 ммоль/л; натрий 133 ммоль/л; мочевины 8,1 ммоль/л.
6. ЭКГ.

#### **Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.





К задаче № 93. ЭКГ пациента А.

#### Ситуационная задача № 94

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная Б., 26 лет, домохозяйка, поступила в эндокринологическое отделение в плановом порядке с жалобами на головную боль по утрам, кошмарные сновидения, «разбитость» в утренние часы. Страдает сахарным диабетом 3 года, который вначале проявился кетоацидозом. На протяжении всех лет регулярно вводит препараты инсулина: Лантус 24 ЕД п/к в 23 часа и Ново-Рапид 8ЕД-6ЕД-4ЕД п/к перед едой. HbA1c 3 месяца назад – 6,0%. В течение последней недели стала отмечать выше описанные жалобы. Регистрировала глюкозу натощак 10,8-9,2 ммоль/л, в течение дня 5,6-7,0 ммоль/л. Самостоятельно увеличила дозу Лантуса до 26ЕД, затем до 28 ЕД в 23 часа. Улучшения не отмечалось, просыпалась ночью от кошмарных сновидений и выраженной потливости.

**Объективно:** Общее состояние удовлетворительное. Активна. Кожные покровы и слизистые нормальной влажности и тургора. Масса тела 70 кг, рост 175 см. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные, ЧСС 80 в минуту, АД 120/70 мм. рт. ст. Пульс на всех артериях удовлетворительного качества. Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный. Отёков нет. Тактильная, болевая, температурная чувствительность сохранена. Щитовидная железа видна на глаз, при пальпации увеличена обеими долями, эластична, подвижна, безболезненна. Отеков нет.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Глюкоза крови в капиллярной крови во время осмотра при поступлении в 12.00 (экспресс методом) 4,7 ммоль/л.
2. Кетоновые тела в моче не обнаружены.
3. РОГК: патологии не выявлено.
4. Глазное дно

#### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больной?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо. Опишите изменения на глазном дне.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?

6.Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больной? Определить трудоспособность.



К задаче № 94. Картина осмотра глазного дна OD. Больная Б., 26л.

### Ситуационная задача № 95

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

На приём к врачу обратилась пациентка 54 лет, секретарь-референт, с жалобами на приливы жара несколько раз в день на фоне постоянного сердцебиения, бессонницу, плаксивость, непереносимость духоты. Считает, что проявления связаны с прекращением менструального цикла в течение года, за который похудела на 10кг. С детства имеет витилиго. Менструальный цикл с 15 лет до 53 лет регулярный, 2 беременности и 2 родов. У матери было тяжелое течение климакса.

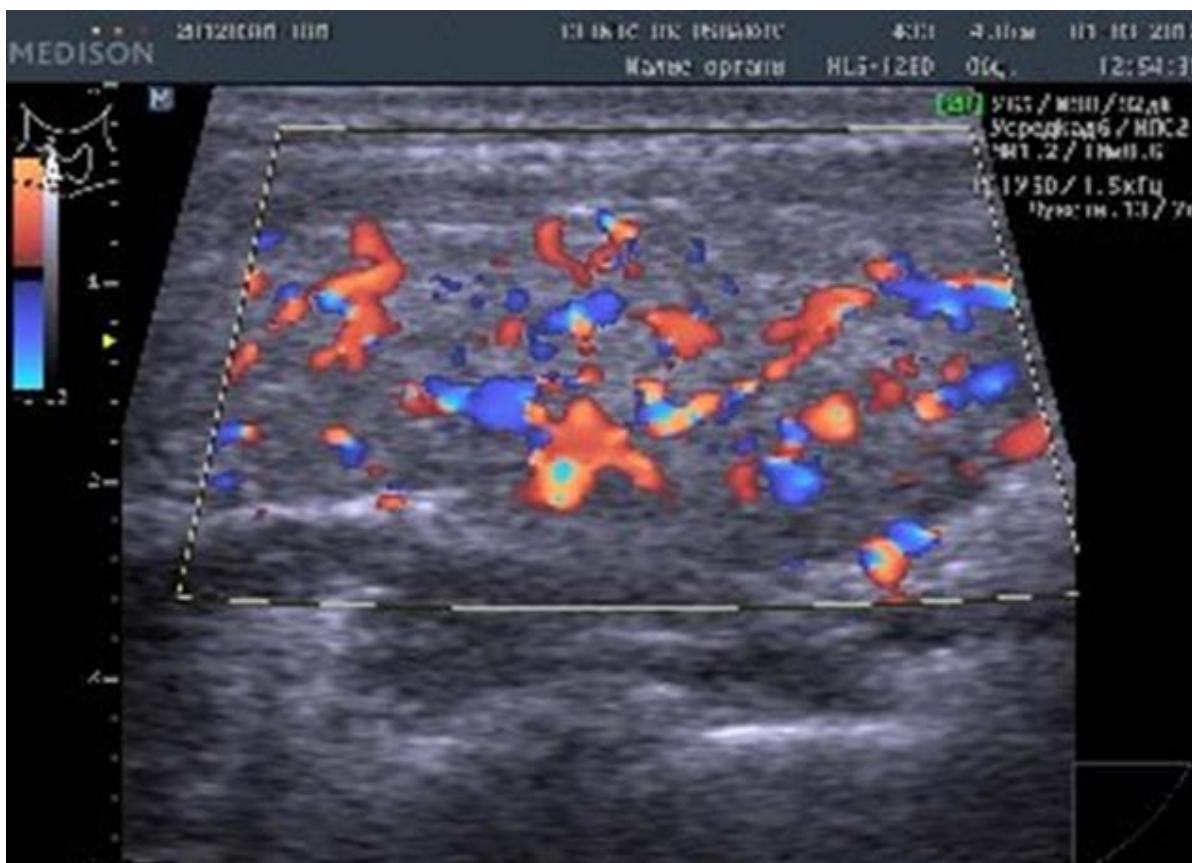
**Объективно:** Больная эмоционально лабильна, суетлива, мелко размахистый тремор век, пальцев рук. Вес 61 кг, рост 170 см. Кожные покровы эластичные, диффузно влажные, тёплые. Гиперемия шеи, зоны декольте, депигментированы кисти. Подкожная клетчатка слабо выражена, рыхлая. ЧД 16 в минуту. Дыхание везикулярное. Пульс 118 в минуту. Сердечные тоны громкие, ритм правильный. АД 130/70 мм. рт. ст. Печень у края рёберной дуги. Щитовидная железа видна на глаз, при пальпации увеличена, эластична, подвижна при глотании, безболезненна. Симптомы Мебиуса, Грефе, Кохера, Краузе положительны. Двоения не испытывает. Веки отечны. Конъюнктивы отечная, умеренно гиперимирована. Экзофтальм с двух сторон. Периферических отёков нет.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. ОАК: Количество лейкоцитов  $6,6 \times 10^9/\text{л}$  (4,00-8,80) Нейтрофилы 70,0 % (47,0-72,0) Лимфоциты 32,3 % (19,0-37,0) Моноциты 9,1 % (3,0-11,0) Эозинофилы 1,4 % (0,5-5,0) Базофилы 0,5 % (0,0-1,0) Нейтрофилы  $2,05 \times 10^9/\text{л}$  (1,80-5,50) Лимфоциты  $1,77 \times 10^9/\text{л}$  (1,20-4,00) Моноциты  $0,6 \times 10^9/\text{л}$  (0,09 - 0,80) Эозинофилы  $0,06 \times 10^9/\text{л}$  (0,02-0,30) Базофилы  $0,02 \times 10^9/\text{л}$  (0,00-0,30) Количество эритроцитов  $4,1 \times 10^{12}/\text{л}$  (3,70-4,70) Гемоглобин 135 г/л (120-150). СОЭ 10 мм/ч (2-15)
2. Глюкоза- 4,0 ммоль/л; оХс – 5,0 ммоль/л
3. ТТГ = 0,05 мЕД/л (0,3- 3,2); св. Т4 = 76,2 нг/мл (12,3-25,6); АТ к рецепторам ТТГ = 47 (0); ФСГ = 120 мМЕ/мл (2 – 12).
- 4.ЭКГ: ЧСС 116 в минуту, ритм синусовый.
5. УЗИ ЩЖ

#### **Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больной?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо. Опишите изменения по УЗИ ЩЖ.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больной? Определить трудоспособность.



К задаче № 95. УЗИ щитовидной железы с ЦДК пациентки 54 лет

### Ситуационная задача № 96

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Пациентка П., 31 года, учитель географии, поступила в эндокринологическое отделение с жалобами на сердцебиение, бессонницу, чувство жара, периодические подъемы температуры до 37,1°C, снижение массы тела на 5 кг. Считает себя больной около года, когда сама стала обращать внимание на повышенную раздражительность, сердцебиение по ночам, иногда бессонницу. Около двух месяцев стала ощущать повышение температуры до 37,2°C, постоянное чувство жара, приступы сердцебиения при физической нагрузке. Около месяца назад появилась светобоязнь, чувство «песка» в глазах.

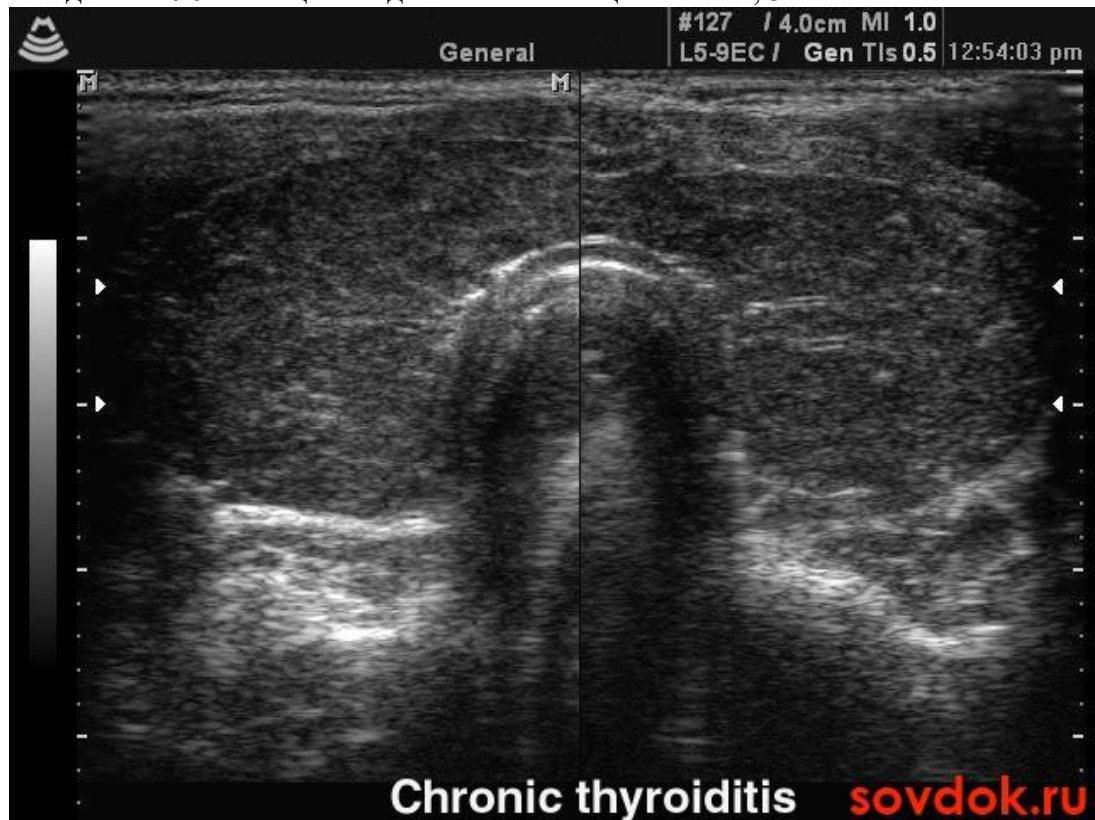
**Объективно:** Состояние удовлетворительное. Суетливое поведение. Рост 162 см, вес 55 кг. Кожные покровы смуглые, диффузно влажные, теплые. Подкожная жировая клетчатка истончена. Отмечается мелко размашистый тремор вытянутых рук, языка. Экзофтальм. Симптом Краузе (+). Симптом Мебиуса (+) с обеих сторон, Грефе (+), Кохера (-). Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца громкие, ритм правильный. ЧСС 108 в минуту, АД 130/70мм рт ст. Пальпация живота безболезненная. Печень по краю реберной дуги. Щитовидная железа визуализируется на расстоянии. При пальпации диффузно увеличена обеими долями, плотная, с неровной поверхностью, безболезненная, шум не определяется. Периферических отеков нет.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. ОАК: СОЭ 15 мм/ч, Нв – 125 г/л, Лейк. –  $5,6 \times 10^9$ /
2. Глюкоза – 6,61 ммоль/л (3,33-5,55), мочевины 6,3 ммоль/л, общий билирубин 17,5 ммоль/л; холестерин – 3,3 ммоль/л.

### 3. УЗИ ЩЖ

К задаче № 96 УЗИ щитовидной железы пациентки П., 31г.



#### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больной?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо. Опишите изменения по УЗИ ЩЖ.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больной? Определить трудоспособность.



### Ситуационная задача № 97

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

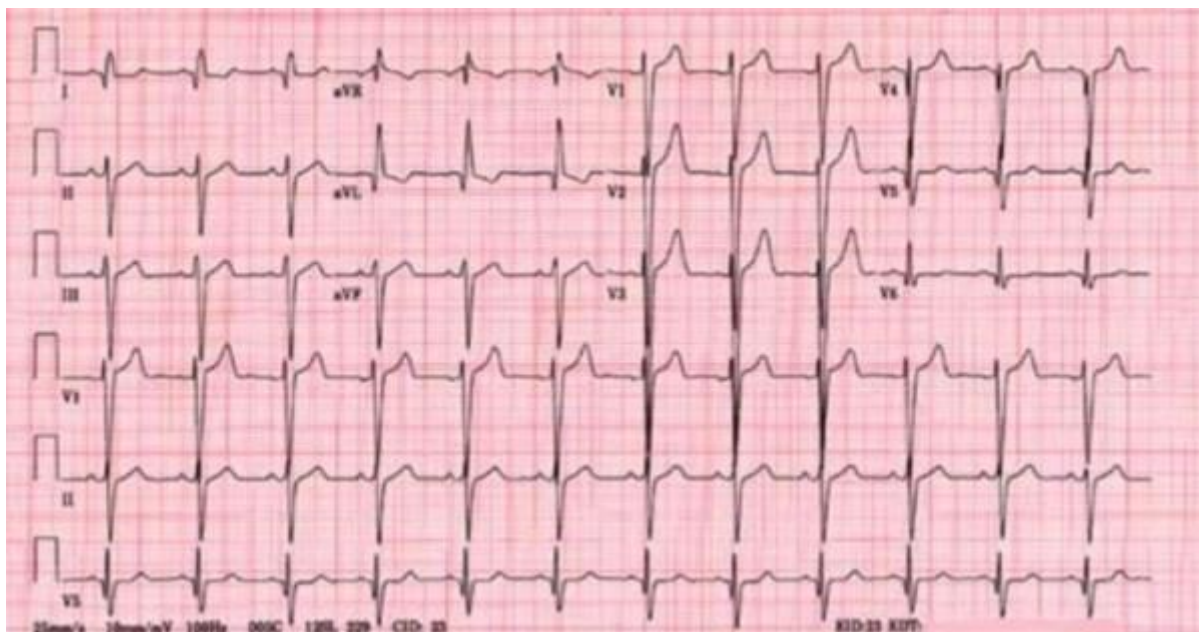
Мужчина А. 48 лет, слесарь, обратился с жалобами на сухость во рту, появившуюся 2-3 год назад. В детстве перенес острый гепатит, паротит. С 35 лет отмечает постепенное увеличение веса, коррекцией не занимался. Вредные привычки отрицает. **Объективно:** Состояние удовлетворительное. Кожные покровы телесного цвета, чистые, обычной влажности. Слизистые чистые. ОТ – 103 см, ОБ – 90 см, масса тела 107 кг, рост 176 см. ЧД в покое – 18 в мин. При аускультации дыхание везикулярное над всеми легочными полями. АД 150/88 мм рт. ст., ЧСС – 80 в мин. Левая граница сердца на 1 см кнаружи от срединно ключичной линии. Тоны приглушены, ритм правильный. Язык чистый, влажный. Живот увеличен за счет жирового слоя. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см, край закруглен, ровный безболезненный. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненно. Диурез не считал. При осмотре нижних конечностей: кожные покровы обычной окраски и влажности, чистые. Пульс на артериях тыла стопы сохранен, симметричный. Отсутствует температурная чувствительность на стопах и в нижней 1/3 голени, тактильная и болевая чувствительность сохранены. Отеков нет.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. ОАК: Количество лейкоцитов  $7,6 \times 10^9/\text{л}$  (4,00-8,80) Нейтрофилы 70,0 % (47,0-72,0) Лимфоциты 32,3 % (19,0-37,0) Моноциты 9,1 % (3,0-11,0) Эозинофилы 1,4 % (0,5-5,0) Базофилы 0,5 % (0,0-1,0) Нейтрофилы  $2,05 \times 10^9/\text{л}$  (1,80-5,50) Лимфоциты  $1,77 \times 10^9/\text{л}$  (1,20-4,00) Моноциты  $0,6 \times 10^9/\text{л}$  (0,09 - 0,80) Эозинофилы  $0,06 \times 10^9/\text{л}$  (0,02-0,30) Базофилы  $0,02 \times 10^9/\text{л}$  (0,00-0,30) Количество эритроцитов  $4,6 \times 10^{12}/\text{л}$  (3,70-4,70) Гемоглобин 145 г/л (120-150). СОЭ 12 мм/ч (2-15)
2. Глюкоза крови натощак 10,1 ммоль/л, в случайное время дня -15,0 ммоль/л.
3. УЗИ органов брюшной полости: свободной жидкости нет. Печень: правая доля 183 мм (КВР:130-150), левая доля 90 мм (КВР 50-70) контуры ровные, структура диффузно неоднородна, повышенной эхогенности. Сосудистый рисунок печени несколько обеднен. Внутривенечные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь обычной формы, 68x28 мм, стенка 2 мм, содержимое эхонегативное. ОЖП 6 мм (4-6 мм). Поджелудочная железа нормальных размеров, контуры ровные, четкие, структура диффузно неоднородная, повышенной эхогенности. Селезенка 48 см<sup>2</sup> (до 50) не изменена.
4. Глазное дно: расширение и извитость венул, микроаневризмы и единичные точечные кровоизлияния по периферии.
5. ЭКГ

#### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



ЭКГ пациента А. задаче № 97.

#### Ситуационная задача № 98

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная М., 36 лет, продавец, обратилась к врачу с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, выпадение волос, ухудшение памяти, снижение интереса к жизни, отечность лица, запоры, отсутствие менструаций в течение 6 месяцев. Считает себя больной в течение последних 2 лет. Состояние постепенно ухудшалось, прибавила в весе 5 кг за период болезни, с объемом работы справляется, но с трудом.

**Объективно:** общее состояние удовлетворительное. Рост 163 см. Вес 67 кг. Температура тела 35,1 С. Кожа бледная, сухая, на голенях, локтях гиперкератоз. Лицо пастозно, амимично. Плотные отеки конечностей, туловища. Волосы на голове редкие, ломкие, тусклые. Оволосение на туловище соответствует женскому полу и возрасту. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Молочные железы не изменены. Лакторея (+) с двух сторон. Над симметричными областями грудной клетки перкуторно определяется ясный легочной звук. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в 1 мин. Область сердца визуально не изменена. Пульс на лучевых артериях ритмичный, слабого наполнения, симметричный, 55/мин, АД 126/80 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости: правая – 1 см вправо от правого края грудины, верхняя – нижний край III ребра, левая – 1,5 см кнутри от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумов нет, 55/мин. Язык чистый, отпечатки зубов на языке. Живот мягкий, безболезненный. Печень при пальпации мягкая, безболезненная, нижний край на уровне реберной дуги. Желчный пузырь не пальпируется. Пузырные симптомы (Мерфи, Кера, Мюсси, Ортнера) – отрицательные. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена при осмотре, при пальпации небольшая, поверхность неровная, плотная, безболезненная, подвижна при глотании. С. Мебиуса, Кохера, Грефе – отрицательные.

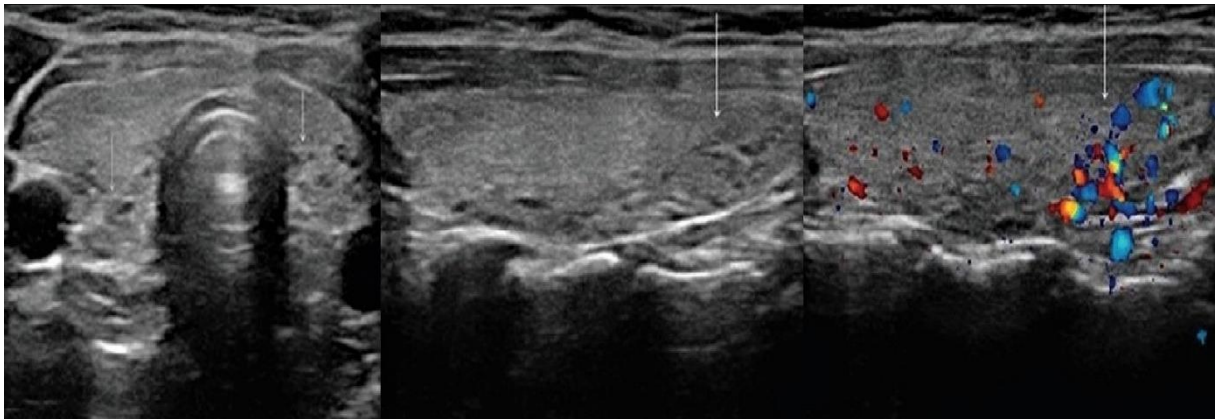
**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1.ОАК: эр -  $3,2 \cdot 10^{12}/л$ , Нб - 101 г/л; СОЭ - 15 мм/ч.

2. ОАМ: желт, уд. вес 1022, белок - отр., сахар – отр., эпит. 2 п/зр. (0-2), лей 0-2 в п/зр (0-4), эр. 0-1 п/зр. (0-2).
3. Глюкоза – 4,0 ммоль/л (3,33-5,55); Fe – 5,5 мкмоль/л (8.9-30,4).
4. ТТГ – 22,7 мкМЕ/мл (0,3 -3,2), Т4 своб. – 6,3 пмоль/л (51-142 нмоль/л); АТ к ТПО – 250 Ед/мл (0 -30).
5. УЗИ щитовидной железы

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больной?
3. Диагноз, обоснование, заключение по УЗИ ЩЖ, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больной? Определить трудоспособность.



К задаче №98. УЗИ щитовидной железы пациентки М.



### Ситуационная задача № 99

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Пациентка Б., 18 лет, студентка. Жалобы на быструю утомляемость и снижение работоспособности, снижение настроения, нарушение менструального цикла, увеличение массы тела, резкое повышение аппетита, снижение толерантности к эмоциональным нагрузкам.

Анамнез заболевания: Больная родилась с весом 2,6 кг, искусственное вскармливание. В детстве часто ангины; хр. тонзиллит. Менархе с 10 лет, менструальный цикл установился в течение 6 месяцев, регулярный. С 13 лет менструальный цикл нерегулярный, в течение 6 месяцев отсутствует. В 10 лет значительный скачок роста, в 16 лет рост прекратился. В 11 лет стала прибавлять массу тела, прогрессирует скачками до настоящего времени. При стрессах и в темное время суток значительно увеличивает прием пищи. В период прибавки веса появляются розовые стрии на груди, животе, спонтанно бледнеют. Перед поступлением в институт однократно регистрировалось АД 140/90 мм.рт.ст.

**Объективно:** Выглядит старше своих лет. В общении замкнута. Рост 178 см, вес 107 кг, ОТ = 112 см., ОБ = 122 см., равномерное гиноидное отложение подкожно-жирового слоя. Гиперпигментация шеи, сосков, серый гиперкератоз локтей. Оволосение по женскому типу, лёгкий гипертрихоз на лице и конечностях. Розовые, тонкие, выступающие стрии на груди, животе, пояснице. Костно-мышечная система соответствует полу и возрасту. Кисти влажные, «ледяные», кожа тонкая, нежная. На лице единичные акне vulgaris. Грудные железы развиты хорошо. Тоны сердца ритмичные, 90 в минуту. АД 130/90 мм рт ст. PS 90 в минуту. Язык чистый. Влажный. Живот несколько увеличен за счет подкожного слоя. Щитовидная железа на глаз не видна, пальпируются обе доли нормальных размеров, эластичная, безболезненна. Отеков нет.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. ОАК: эр -  $4,2 \cdot 10^{12}/л$ , Нб - 140 г/л; СОЭ – 10 мм/ч.
2. ОАМ: желт, уд. вес 1022, белок - отр., сахар – отр., эпит. 1 п/зр. (0-2), лейкоц. 1 в п/зр (0-4), эр. 0-1 п/зр. (0-2).
3. ПТТГ (75 г): глюкоза натощак – 6,2 ммоль/л., через 2 часа – 7,6 ммоль/л.
4. Кортизол крови в 8.00 ч. – 790 нмоль/л (N 150-680 нмоль/л).

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больной?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больной? Определить трудоспособность.

### Ситуационная задача № 100

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Пациентка И., 26 лет, обратилась после диспансерного обследования, где выявили зоб и рекомендовали дообследование. Женщина планирует беременность. Жалоб нет. Из анамнеза: родилась и проживает в Сибири. Менархе с 12 лет, МЦ регулярный. Замужем 2 года. Беременностей не было. Хронические заболевания отрицает. Заболеваний родственников не знает. Работает визажистом. Вредные привычки отрицает.

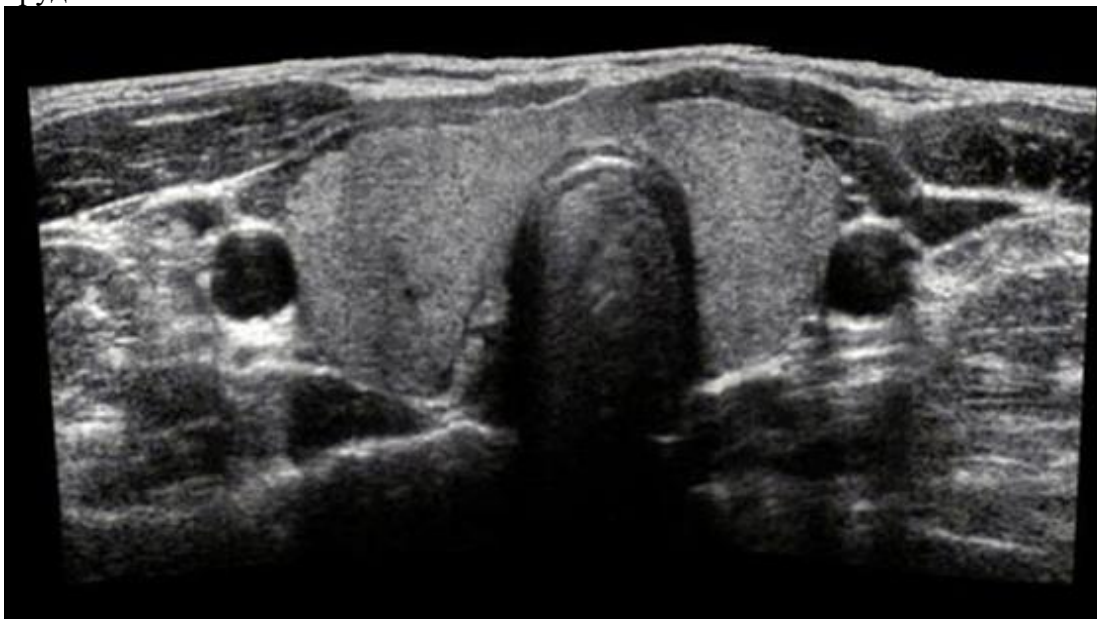
**Объективно:** Общее состояние удовлетворительное. Активна. Кожные покровы и слизистые нормальной влажности и тургора, чистые. Рост волос соответствует полу и возрасту. Масса тела 80 кг, рост 162 см, ОТ 84 см. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные. ЧСС 76 в минуту. АД 120/70 мм. рт. ст. Пульс на всех артериях удовлетворительного качества. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Отёков нет. При осмотре видна щитовидная железа, кожа над ней не изменена. При пальпации щитовидная железа увеличена обеими долями диффузно; поверхность ровная, эластичная, безболезненная, смещаемая при глотании. Симптомы Грефе, Кохера – отрицательные.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. ОАК: эр -  $4,0 \cdot 10^{12}/л$ , Нб - 139 г/л; СОЭ – 12 мм/ч.
2. ПТТГ (75г): глюкоза натощак – 5,0 ммоль/л (3,33-5,55); через два часа после нагрузки глюкозой – 7,7 ммоль/л (до 7,8); НвА1с – 5,8 % (до 6,0%).
3. ТТГ – 2,3 мМЕ/л (0,3-3,2 мМЕ/л.);
4. УЗИ ЩЖ: объем 26 см<sup>3</sup>.

#### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больной?
3. Диагноз, обоснование, заключение по УЗИ ЩЖ, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больной? Определить трудоспособность.



К задаче №100. УЗИ щитовидной железы пациентки И.

### Ситуационная задача № 101

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Пациентка В. 47 лет, провизор 22.05.18 г. выполнена дентальная имплантация 3 зубов одновременно на нижней челюсти слева под местной анестезией. Врачом рекомендован прием НПВП (кетопрофен), антибиотика (фромилид) и охлаждающей гели местно. После операции отмечала боли в нижней челюсти, кроме рекомендованных врачом препаратов принимала баралгин. Заболеваний печени в анамнезе не было.

12.06.18г. Повысилась температура тела до 38°, в связи с чем фромилид был заменен на кларитромицин в течение 5 дней и в последующем доксицилин 5 дней. Пациентка самостоятельно добавила парацетамол. Температура снизилась до 37,2°, однако появился отек левой половины лица и десны. С 15.06.18 стала отмечать нарастающую слабость, периодически озноб. 20.06.18 появилась желтуха, потемнела моча, зуда не было. Пациентка переведена в инфекционную больницу с диагнозом: Одонтогенный сепсис, токсический гепатит.

**Объективно:** кожные покровы желтые, с единичными кровоподтеками, склеры, уздечка языка желтушны, легкие и сердце без изменений. Живот обычной формы, умеренно чувствителен в правом подреберье. Перкуторно жидкость в брюшной полости не определяется. При пальпации печени нижний край несколько закруглен, определяется на 3-4см ниже реберной дуги. Верхняя граница печени перкуторно в 5м межреберье. Поверхность печени гладкая, ровная, плотноэластической консистенции. Селезенка пальпаторно не определяется. Пальпируется сигмовидная кишка, нормальных параметров. Точка желчного пузыря умеренно чувствительна, точки и зоны поджелудочной железы безболезненны. В проекции ветвей брюшной аорты систолический шум не определяется.

**При лабораторных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: Hb 102 г/л, СОЭ 38 мм/ч, п/я 9.
2. Б/х крови: билирубин 92 мкмоль/л (50/42), общий белок 67 г/л, альбумины 45%, глобулины:  $\alpha_1$  – 3,8% (N 3,8-6,5),  $\alpha_2$  – 15% (N 6,2-10,5),  $\beta$  – 6% (N 10-15),  $\gamma$  - 30,2 (N 14,5-19,5), АЛТ 197 МЕ/л (N до 42 МЕ/л), АСТ 265 МЕ/л (N до 37 МЕ/л), ГГТП 302МЕ/л (N до 64 МЕ/л), ЦФ 300 ед/л, холестерин 3,2 ммоль/л.
3. УЗИ ОБП, КТ: оцените результаты исследования.
4. Маркеры вирусных гепатитов В и С отрицательны.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

## Компьютерная томограмма органов брюшной полости



Дайте заключение: укажите изменены ли размеры печени и селезенки, какова эхогенность печени

УЗИ

УЗИ: размеры печени: КВР – 162мм, левая доля – 80мм, структура печени однородная, эхогенность

Заключение \_\_\_\_\_

## Ситуационная задача № 102

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Пациентка Ж, 48 лет отмечает периодическую тяжесть в правом подреберье, эпигастрии, зуд кожи, преимущественно ладоней и стоп, менее выражен - других участков тела, зуд усиливается ночью. Беспокоит слабость, сонливость днем, бессонница ночью, кровоточивость десен, особенно при чистке зубов. Беспокоят боли, особенно в крупных суставах (локтевые, коленные, тазобедренные), в связи с чем отмечает изменение походки. Кожный зуд появился 3 года назад, сначала - на ладонях и стопах, а затем распространился на все тело; пила антигистаминные препараты без эффекта, наблюдалась у дерматолога. Последний год зуд усилился, появилась слабость, стала темнеть моча, появилась желтуха и боли в крупных суставах. В последние 2 недели указанные симптомы усилились, появилась боль в правом подреберье, снижение настроения, вплоть до депрессии. Госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение.

Заболеваний печени ранее не было. Операций не было. Аллергологический анамнез спокоен. Речную рыбу не употребляет. 10 лет тому назад диагностирована ЯБ ДПК, пролечена, обострений не было. Наркотики не употребляла, алкоголь (вино) употребляет редко, в количестве 50-100 мл. Гемотрансфузии не проводились.

**Объективно:** Состояние средней степени тяжести. В месте и времени ориентирована. Кожные покровы грязно-желтушные, сухие, с расчесами, на груди единичные «сосудистые звездочки», неяркие «печеночные ладони». Пониженного питания. Дыхание через нос свободное. В легких и сердце патологических изменений не выявлено. ЧСС 60 в мин, АД 120/80 мм рт. ст. Слизистая полости рта и особенно уздечка языка ярко желтые. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 3-4 см по правой среднеключичной линии, плотная, край закруглен, безболезнен при пальпации. Пальпируется нижний край селезенки. Поясничная область не изменена, отеков нет.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: СОЭ 33 мм/час; Hb 128 г/л; лейкоц.  $4,2 \times 10^9$ ; эритроц.  $4 \times 10^{12}$ ; цв. пок. 0,9, Э 5 %; П 1 %; С 62 %; Л 22 %; М 10 %; тромб  $224 \times 10^9$ /л;
2. Б/х крови: общий белок 73 г/л (65-85); альбумин 37,7 % (N min 35 г/л); глобулины  $\alpha_1$  - 9,5 % (3,5-5,6);  $\alpha_2$  - 7,7 % (6,9-10,5);  $\beta$  - 10,9 % (7,3-12,5);  $\gamma$  - 34,1 % (12,8-19); билирубин общий 63,7 мкмоль/л, связанный 53,4 мкмоль/л; глюкоза 4,5 ммоль/л; мочевины 3,2 ммоль/л, креатинин 0,04 ммоль/л, холестерин общий 9,8 ммоль/л, калий 4 ммоль/л, натрий 133 ммоль/л, сывороточное железо 25 мкмоль/л (6.6-26); АСТ 53,2 U/L (N 5-37); АЛТ 48,6 U/L (N 4-42); ЩФ 769 U/L (N 64-306); ГГТ 841,1 U/L (N 7-64).
3. Копрограмма: нейтр. жир - знач.; жирн. к-ты - больш. кол-во; мышечн. волокна неперевар. - больш. кол-во; бактерии - больш. кол-во; прост., яйца гельминтов - не обнар.
4. Вирусологическое исследование на гепатит В и С отриц.
5. ЭКГ: Умеренные дисметаболические изменения.
6. ЭГДС: Пищевод свободно проходим, в н/3 на 3 и 6 ч варикозно расширенные венозные стволы до 2-3 мм, не напряженные. Розетка кардии б/о. В желудке слизь, желчь. Складки обычного калибра, слизистая с очагами неяркой гиперемии. Привратник обычной формы, в луковице ДПК белый рубец на передней стенке. БДС обычной формы, не изменен.
7. УЗИ органов брюшной полости: Правая доля печени до 170 мм, структура диффузно неоднородная. Признаков билиарной гипертензии нет. Воротная вена 16 мм. ОЖП 5 мм. Вирсунгов проток 1 мм, Селезенка  $90 \text{ см}^2$ . Селезеночная вена 10 мм. Свободной жидкости в брюшной полости нет.

Какие изменения выявлены при осмотре больной



**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**Ситуационная задача № 103**

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная М., 50 лет обратилась с жалобами на постоянную слабость, быструю утомляемость, одышку и усиленное сердцебиение после любой физической нагрузки, постоянную сухость кожи, которая не купируется при использовании различных косметических средств, изменение вкуса (желание постоянно есть соленую пищу, мел), отвращение к мясной пище, усиленное выпадение волос, ломкость ногтей, неприятный привкус во рту, в течение последней недели – повышение температуры в течение всего дня до 37,0°C. Физиологические отправления: без особенностей.

Ухудшение самочувствия в течение последних 5-6 месяцев. В течение 5 лет наблюдается у гинеколога по поводу миомы тела матки. Последний осмотр у гинеколога 6 месяцев назад.

При осмотре - кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, сухие с участками гиперкератоза в области локтевых и коленных суставов. Волосы на голове – тусклые, редкие, ломкие, с секущимися концами. Ногтевые пластинки: не ровные, с

поперечной исчерченностью, расслаивающиеся, ломкие. Язык влажный, обложен серым налетом по средней линии. Периферические лимфоузлы – не увеличены. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень – по краю реберной дуги, размеры: 10-8-7 см, селезенка – не пальпируются, размер – 8\*5 см. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 22 в мин. Область сердца не изменена. Мягкий систолический шум в V межреберье по левой СКЛ. В других точках аускультации – дополнительных шумов не определяется. ЧСС- 100 ударов в минуту. По другим органам и систем – без особенностей.

Лабораторно: ОАК - Нб - 51 г/л, эритроциты –  $2,1 \times 10^{12}/л$ , MCV – 65 fl, MCH-19 пг, MCHC – 270 г/л, ретикулоциты – 27 ‰, тромбоциты -  $256 \times 10^9/л$ , лейкоциты -  $7,1 \times 10^9/л$ , СОЭ – 59 мм/ч., анизоцитоз - +++, пойкилоцитоз-+++.

УЗИ органов брюшной полости – патологических изменений не выявлено.

БАК: об.билирубин – 17,5 ммоль/л, АСТ – 38 Ед/л, АЛТ – 35 Ед/л, глюкоза 4,9 ммоль/л, сыв. железо – 3,2 мкмоль/л

Расшифруйте данные УЗИ, какое отношение указанный метод исследования имеет к заболеванию пациентки?

### 1. Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



УЗИ больной М, 50 лет



### Ситуационная задача № 104

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

при обычной физической нагрузке, одышку смешанного характера и учащенное сердцебиение при любой нагрузке, «не чувствует землю», онемение в области ног по типу «носок», снижение аппетита, боли в языке жгучего характера, ощущение тяжести в правом подреберье. Физиологические отправления - без особенностей. Ухудшение самочувствия в течение последнего года.

Кожные покровы и видимые слизистые бледные с желтушным (лимонным) оттенком, чистые, суховатые. Язык – ярко малинового цвета, сосочковый слой резко сглажен, влажный. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень выступает из подреберья на 3см, селезенка – не пальпируются. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 20 в мин. Тоны сердца – приглушены, ритмичные. Мягкий систолический шум на верхушке и во II межреберье справа. ЧСС – 106 в мин. АД – 130/70 мм.рт.ст. В других точках аускультации – дополнительных шумов не определяется. По другим органам и систем – без особенностей.

ОАК - Нв - 59 г/л, эр –  $2,0 \times 10^{12}$ /л, MCV – 112 fl, MCH-42 пг, MCHC – 342 г/л, ретикулоциты – 1 ‰; тромбоциты -  $100 \times 10^9$ /л, лейкоциты -  $2,9 \times 10^9$ /л, п/я – 4 %, с/я – 71 %, лимф – 20 %, моноциты – 5 %, СОЭ – 49 мм/ч., анизоцитоз - +++, пойкилоцитоз-+++.

БАК: об. билирубин – 46,9 ммоль/л, глюкоза 4,8 ммоль/л

ФГДС больного М, 72лет



Расшифруйте ФГДС желудка, дайте заключение: объясните, чем обусловлена неравномерная гиперемия?; как дифференцируются складки слизистой?

#### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



### Ситуационная задача № 105

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

На прием в поликлинику обратилась женщина 32 лет с жалобами на резкую слабость, головокружение, снижение массы тела около 10 кг в течение 2-х месяцев, снижение аппетита, одышку при незначительной ФН, постоянное ощущение сердцебиение, склонность к частым образованиям синяков на любой поверхности кожных- покровов без каких-либо воздействий, частые носовые кровотечения, кровоточивость десен, повышение температуры тела до 38.8°с с ознобами. В течение недели отмечает появление и нарастание резкой слабости, повышение температуры тела до 39°С, кровоточивость десен, носовые кровотечения, с прогрессирующим ухудшением самочувствия. Ранее подобных жалоб никогда не отмечала, ухудшение самочувствия ни с чем связать не может, какой-либо терапии по данному поводу не проводила. Работает преподавателем начальных классов.

**Объективно:** Общее состояние тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, умеренной влажности, экхимозы различных размеров на различных участках кожных покровов в различных стадиях «цветения», большое количество свежих высыпаний. При осмотре ротовой полости кровоточивость десен при минимальном воздействии (шпателем); периферические лимфатические узлы: пальпируются подчелюстные, шейные, подмышечные лимфатические узлы с обеих сторон, до 0,5-1,5 см., безболезненные, кожные покровы над ними не изменены. В легких - дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах. В нижней доле слева единичные влажные хрипы. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 112 в мин, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот обычной конфигурации, симметричный; при пальпации мягкий, безболезненный. Печень выступает из подреберья на 5см. Пузырные с-мы отрицательные. Нижний край селезенки - +2 см из под реберной дуги. С-м поколачивания поясничной области отрицательный с обеих сторон.

#### Лабораторно:

**ОАК** - Нв - 54 г/л, эритроциты –  $2,3 \times 10^{12}/л$ , MCV – 90 fl, MCH-26 пг, MCHC – 355 г/л, ретикулоциты – 1 %<sub>0</sub> тромбоциты -  $29 \times 10^9/л$ , лейкоциты –  $67,9 \times 10^9/л$ , нейтрофилы: бласты – 55%, промиелоциты – 2%, эоз– 0%, баз – 0%, п/я – 0 %, с/я – 43 %, лимф – 0 %, моноциты – 0 %, СОЭ – 79 мм/ч.

**КТ органов брюшной полости** – смотрите картинку



#### **Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?

3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

#### Ситуационная задача № 106

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной М 46 лет, болен в течение недели, отмечалось повышение  $t$  до  $38^{\circ}\text{C}$ , сопровождалось потливостью, слабостью, тупой болью в грудной клетке, усиливающейся при запрокидывании головы, кашлем, одышкой. В течение 2 дней боли в грудной клетке исчезли, появилась отечность лица, усилилась одышка, нарастала слабость, умеренные боли в правом подреберье. Утром, при попытке встать с кровати, кратковременная потеря сознания. Бригада СМП зарегистрировала АД до 70/60 мм.рт.ст., отсутствие мочи.

**Объективно:** Больной доставлен в санпропускник. При осмотре обращает внимание отечность, цианоз лица, набухшие шейные вены, увеличивающиеся на вдохе. При перкуссии легких слева притупление легочного звука в подлопаточной области, бронхиальный оттенок дыхания при аускультации, ЧД 26 в мин. Границы сердца расширены в обе стороны, абсолютная тупость сердца совпадает с относительной тупостью, верхушечный толчок не определяется, тоны сердца глухие. Пульс малого наполнения и напряжения. АД 100/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, печень умеренно болезненна, выступает на 2,5 см из-под реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

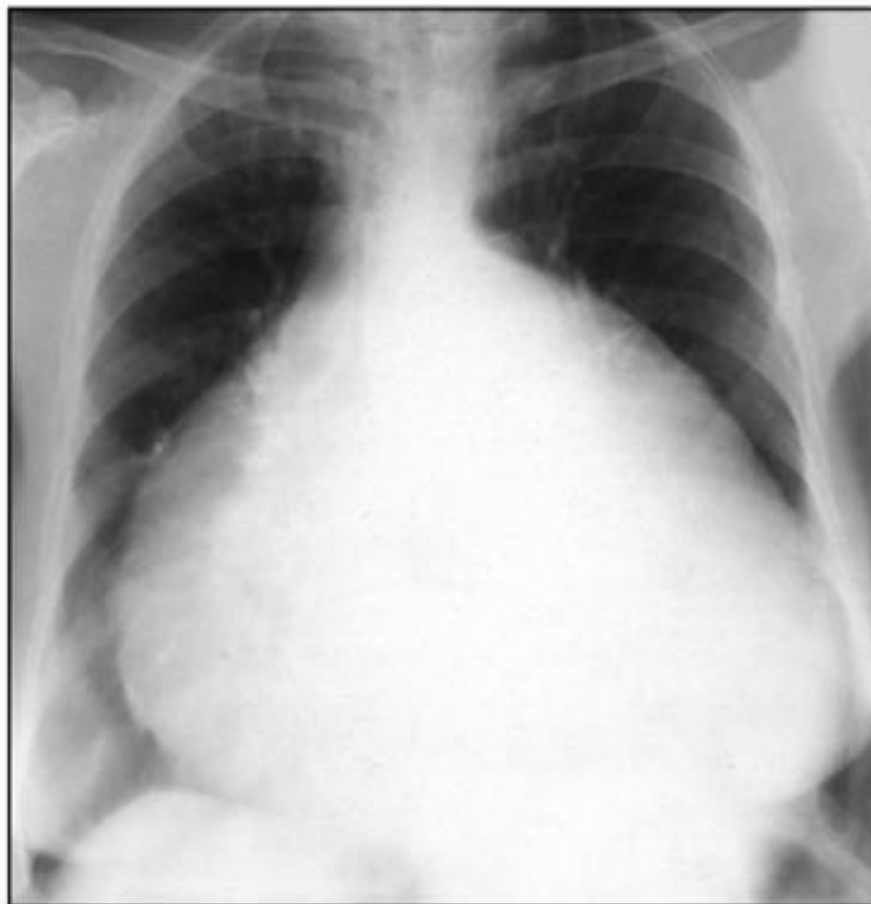
ОАК: СОЭ- 30 мм/час; лейкоц. –  $12 \times 10^9/\text{л}$ , п/я – 12%

Б/Х: глюкоза 5,2 ммоль/л, холестерин 6 ммоль/л, билирубин 36 ммоль/л, АсТ 56 МЕ/л, АлТ 58 МЕ/л, общий белок 60 г/л

ЭКГ:



## Рентгенограмма



### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

### Ситуационная задача № 107

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной М 60 лет. Жалобы на боль за грудиной, с иррадиацией в шею, боль волнообразная с распространением в спину, сопровождается одышкой, слабостью, потливостью. Больной страдает артериальной гипертензией более 10 лет, лекарства принимает нерегулярно, периодически отмечалось кризовое течение артериальной гипертензии.

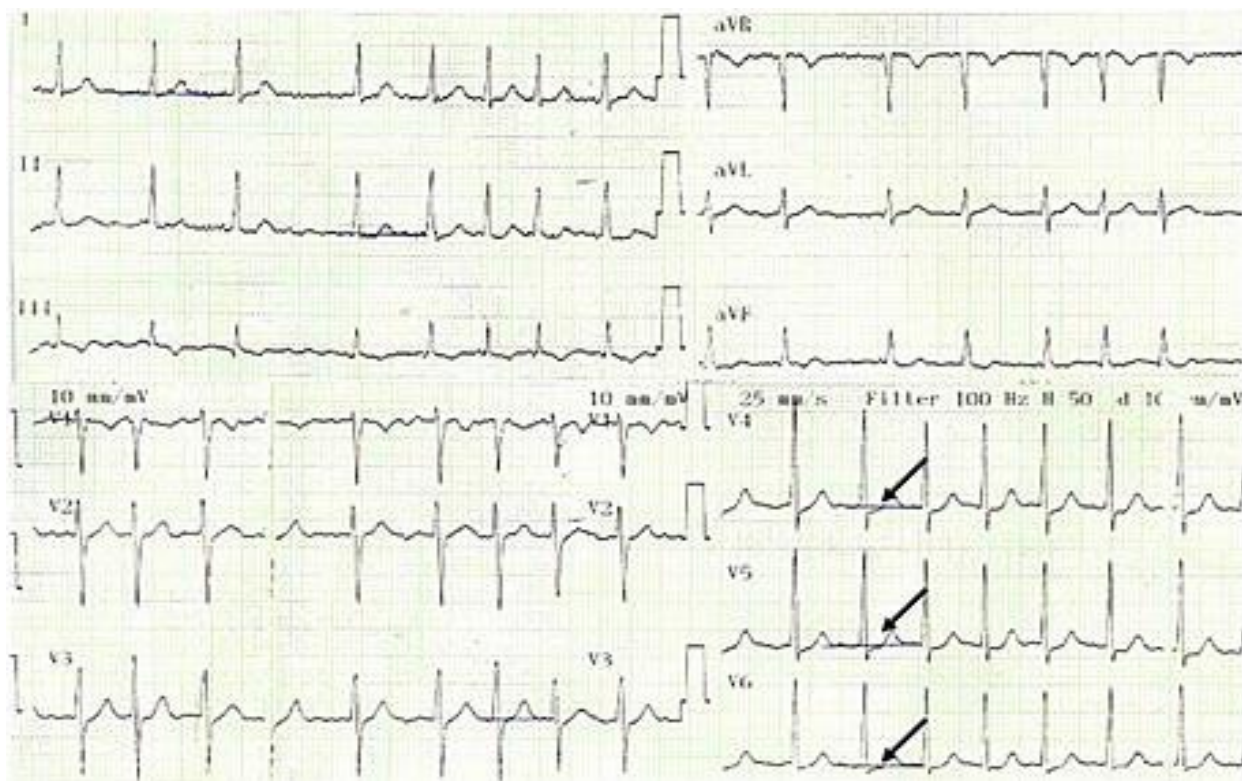
Объективно: состояние тяжелое больной бледен, возбужден, кожные покровы влажные. В верхних отделах лёгких единичные сухие хрипы. Пульс 120 ударов в минуту, ритмичный. Отмечается асимметрия пульса на руках. АД 220/100 мм.рт.ст. В сердце выслушивается диастолический шум над аортой. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

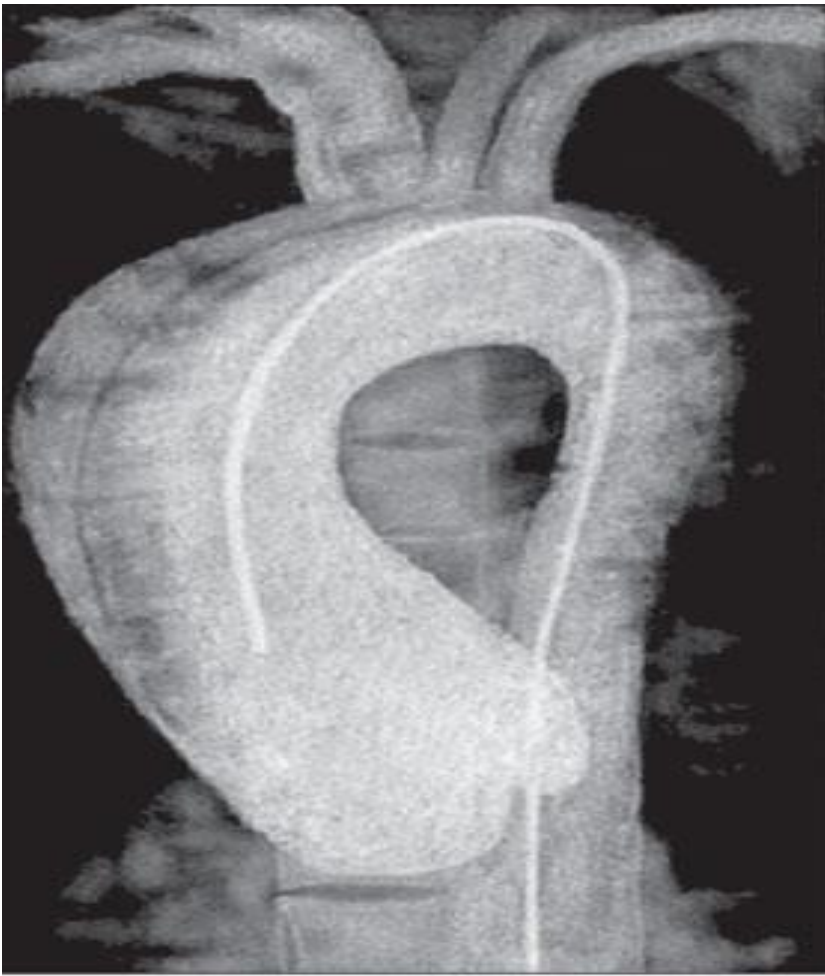
**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

ОАК: СОЭ – 20 мм/час, Hb – 116г/л, лейкоциты –  $9,0 \times 10^9$ /л, эритроциты –  $4,0 \times 10^{12}$ /л;

ХС – 8,1 ммоль/л, глюкоза – 5,6 ммоль/л;

ЭКГ: снимок прилагается.





Рентгенограмма больного М, 60 лет.

Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

### Ситуационная задача № 108

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

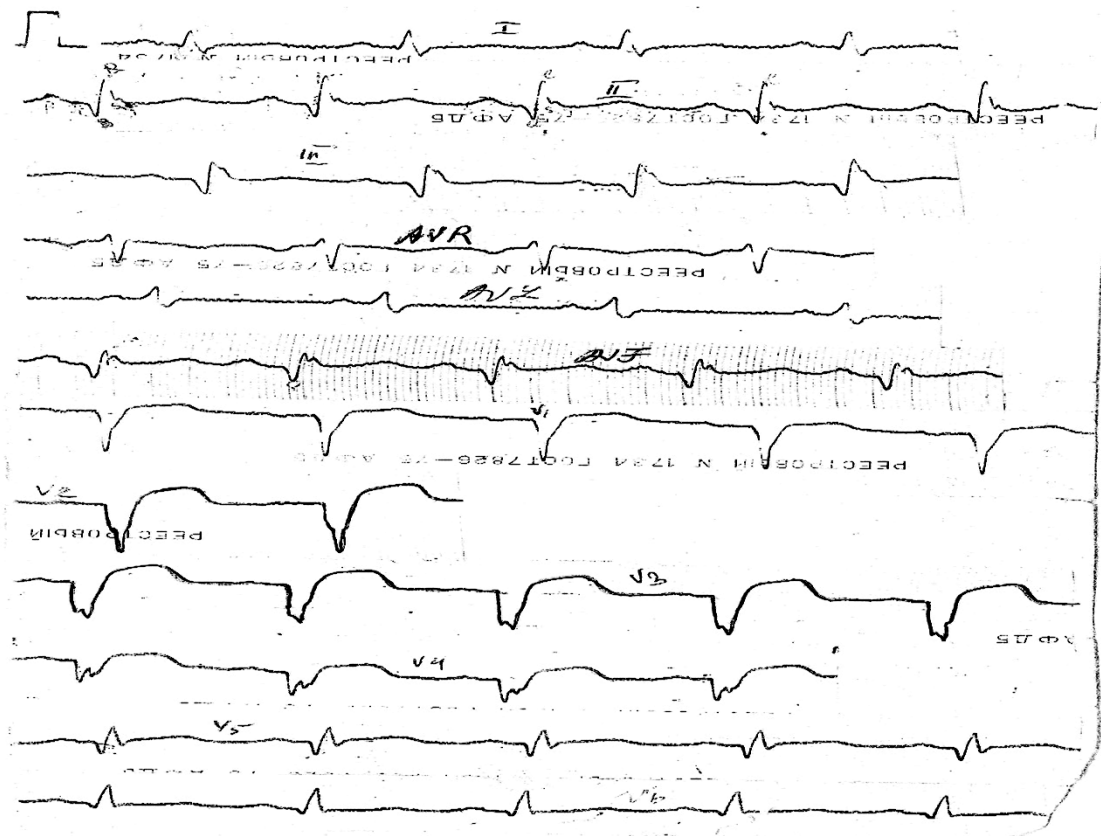
Больной И., 65 лет, пенсионер, доставлен в стационар бригадой СМП с жалобами на интенсивные сжимающие боли за грудиной, иррадиирующие по всей передней поверхности грудной клетки, резкую слабость.

Из анамнеза заболевания: в течение 5 лет отмечает периодическое повышение АД до 170/90 мм рт.ст., сопровождающееся головными болями, тошнотой. В течение последнего года при ходьбе стали появляться локализованные сжимающие боли за грудиной, проходившие в покое через 3-5 мин. Не обследован, лекарственные препараты не принимал. Настоящее ухудшение – 1,5 часа назад при работе на огороде. Появились вышеуказанные жалобы, потемнело в глазах, покрывлся холодным липким потом. Принял 1 таблетку найз – без эффекта. Нитроглицерин не принимал.

**Объективно:** состояние тяжелое. Больной в сознании. Кожа бледная, холодный липкий пот. Отёков нет. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧД 24 в минуту. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 120 уд/мин, слабого наполнения, мягкий, малой величины. Границы относительной сердечной тупости: правая на 1 см правее правого края грудины, верхняя – нижний край III ребра, левая – на 1 см влево от среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены, 120 уд/мин. На верхушке сердца I тон ослаблен, акцент II тона на аорте, систолический убывающий шум на верхушке. АД 90/50 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову 9×8×7 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. ОАК: Нб – 130 г/л; эр. -  $4,7 \times 10^{12}$ /л; СОЭ - 11 мм/час; лейкоц. –  $9,5 \times 10^9$ /л.
2. ОАМ: отн. плотность - 1020, белок, сахар - нет, лейкоц. - 2-4 в п.зр., эпителий – 1-2 в п.зр..
3. Биохимический анализ крови: глюкоза – 5,0 ммоль/л, холестерин общий – 8,9 ммоль/л, билирубин общий – 19,0 (прямой – 4,0, непрямой – 15,0) мкмоль/л.
4. ЭКГ (см. ниже).



**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

### Ситуационная задача № 109

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная Н., сторож, 50 лет, обратилась к врачу с жалобами на сжимающие боли за грудиной, возникающие без видимой причины, иррадиирующие в левую лопатку, руку, купируются самостоятельно, постепенно через 30-40 мин. (проба с нитроглицерином отрицательная); головные боли, сердцебиение, одышку при незначительной физической нагрузке, ночные приступы удушья, периодически появляется кашель, чаще в горизонтальном положении.

**Анамнез заболевания:** в детстве частые ангины, суставные боли (диагностирован ранний артрит). До 40 лет считала себя здоровой. 10 лет назад стала отмечать головные боли, головокружение, появились вышеописанные загрудинные боли. За медицинской помощью не обращалась, связывая ухудшение здоровья с тяжелой посменной работой. Через 5 лет присоединились одышка с затруднением вдоха вначале при быстрой ходьбе, а затем и при спокойной, ночные приступы удушья. Лечилась в стационаре с положительным эффектом. Рекомендованную при выписке терапию принимала. Настоящее ухудшение в течение недели, когда появились вышеуказанные жалобы.

**Объективно:** Положение - ортопноэ. Кожа бледная, акроцианоз. Отёков нет. Лимфатические узлы не увеличены. ЧД 25 в 1 мин. Ослабленное везикулярное дыхание с обеих сторон, незвучные мелкопузырчатые хрипы. АД 120/88 мм рт. ст. Верхушечный толчок в VI межреберье на 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии, разлитой, усиленный, приподнимающий, положительный. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины в 4-м межреберье, левая – на 2 см кнаружи от левой средне-ключичной линии, верхняя – второе межреберье. Тоны сердца ритмичны, 100 в 1 мин., I тон на верхушке и II тон на аорте ослаблены, акцент II тона на лёгочной артерии, там же расщепление II тона; на верхушке систолический шум, проводящийся в подмышечную область. Над аортой грубый систолический шум, проводящийся на обе сонные артерии. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный. Данные дополнительных методов исследования:

ОАК: Нв – 140 г/л; эр. –  $4,7 \times 10^{12}/л$ ; ЦП – 1,0; лейкоц. –  $6,0 \times 10^9/л$ ; э - 2%; п/я - 5%; с/я - 70%; лф - 18%; м - 5%, СОЭ – 7 мм/ч.

ОАМ: отн. плотность – 1018, белок, сахар – нет, лейкоц. – 2-5, эпителий – ед. в п/зр., эритроциты, цилиндры – нет.

Билирубин общий 16,0 (прямой - 4,0; непрямой - 12,0) мкмоль/л, глюкоза крови – 5,1 ммоль/л, фибриноген 2,0 г/л, ПТИ – 85%, АСТ – 0,26 ммоль/л, АЛТ – 0,36 ммоль/л, холестерин – 5,8 ммоль/л, СРБ – отр.

#### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



Рентгенограмма больной Н, 50 лет



Расшифруйте данные рентгенологического исследования

### Ситуационная задача № 110

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной К., 52 лет, не работает. Считает себя больным, когда отметил побледнение, болезненность, отечность в области правого предплечья, цианоз пальцев. Из анамнеза накануне обильно употреблял алкоголь, проснулся на правом предплечье. За медицинской помощью не обращался. На 3 день отметил усиление отека в области предплечья, образование пузыря с прозрачным содержимым, локального почернения конечности, повышение температуры до 40С. Отметил снижение диуреза. Состояние прогрессирующе ухудшалось, усилилась вялость и заторможенность, появилась рвота и жажда, боли в животе, желтушность кожи. На 5 день заболевания мочеотделение прекратилось. Вызвал бригаду СМП. Госпитализирован в отделение реанимации.

**Объективно:** Общее состояние тяжелое, лицо отечное, желтушность кожи. В области правого предплечья отек, локальные участки некроза, высыпаний в виде пузырей, заполненных серозным содержимым, акроцианоз пальцев. Пульсация периферических сосудов не определяется. Система дыхания: легочной звук по всем легочным полям, в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД 18 в мин. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 0,5 см от правого края грудины, верхняя - нижний край III ребра, левая - на 1 см кнутри от среднеключичной линии. Пульс -125 уд в мин, напряженный. АД – 90/60 мм.рт.ст. ЧСС-125 уд. в мин. Язык сухой, обложен серым налётом. Живот мягкий, болезненный в околопупочной области. Печень по краю реберной дуги, 9x8x7см по Курлову, край печени ровный безболезненный. Селезенка не пальпируется.

Система мочевыделения: Поясничная область: визуально отечна. Почки в положении лежа, стоя не пальпируются. Диурез 150 мл/сут.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

Общий анализ крови: Эр -  $3,8 \times 10^{12}$ ; Нб - 125 г/л; ЦП – 0,8, МСН – 32Pg, МCV – 100fL, МСНС – 310g/L, гематокрит 20%, Тр-  $248 \times 10^9$ ; Лейк. - 20,5x /л,  $10^9$ /л эозинофилы - 0%, нейтрофилы: пал. - 10%, сегм. - 67%, лимфоциты - 9%, моноциты - 14%, СОЭ - 48 мм/час.

Анализ мочи: удельный вес – 1,002, цвет – вид «соломенный», белок – 0,4 г/л, клетки эпителия канальцев – 0-1 в поле зрения, эритроциты – 20-25 в поле зрения, лейкоциты – 1-2 в поле зрения.

Биохимия крови: креатинин – 930 мкмоль/л; мочевина – 26,5 ммоль/л; холестерин – 6,0 ммоль/л; глюкоза – 5,7 ммоль/л; К – 6,8 ммоль/л; Na – 120 ммоль/л;

ЭКГ: \_\_синусовая тахикардия, ЧСС 132 уд. в мин., электрическая ось вертикальная, увеличение зубца Т.

УЗИ почек: Размеры почек: правая: 140 x 60мм, паренхима 22 мм; левая: 150 x 60 мм, паренхима 23 мм. Эхогенность повышена, пирамидки отечные. ЧЛС, мочеточники не расширены. Объемные образования и конкременты не визуализируются. Мочевой пузырь не наполнен.

### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

### Ситуационная задача № 111

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной К. 23 лет, вес 67 кг. Рост 170см

Жалобы: отеки на лице; ногах, мошонке; одышка при незначительной нагрузке; сухость во рту, жажда, уменьшение количества мочи до 800 мл за сутки, пенистая моча.

Ан. анамнестический: считает себя больным в течение недели. Заболевание связывает с переохлаждением. Год назад после перенесенной ангины беспокоили отеки на ногах, но к врачу не обращался.

**Объективно:** Одутловатость лица, отеки на голенях, стопах, мошонке, поясничной области; кожа бледная. Система дыхания: легочной звук по всем легочным полям, в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД 18 в мин. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 0,5 см от правого края грудины, верхняя - нижний край III ребра, левая - на 1 см кнутри от среднеключичной линии. Пульс -72 уд в мин, напряженный. АД – 120/80 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен серым налётом. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, 9х8х7см по Курлову, край печени ровный безболезненный. Селезенка не пальпируется, почки не пальпируются.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

Общий анализ крови: эр. –  $4,5 \times 10^{12}/л$ ; Нб – 120 г/л; ЦП – 0,8, МСН – 32Pg, МCV – 102fL, МСНС – 310g/L, гематокрит 20%, L –  $6,8 \times 10^9/л$ ; Тр –  $270 \times 10^9/л$ ; Нt – 36%.

Общий анализ мочи: Уд. вес = 1015; эр. – 5-6 в п/зр; L – 1-2 в п/зр; белок – 5,5 г/л.

Б/х крови: Общий белок – 60 гр. Альбумины – 30 %  $\alpha_1$  – 6 %  $\alpha_2$  – 19 % ,  $\beta$  – 25 % ,  $\gamma$  – 23 %. Холестерин = 11,5 ммоль/л, мочевины – 8,9 ммоль/л; Креатинин – 180 мкмоль/л; К – 4,5 ммоль/л; Na – 131 ммоль/л.

Белок за сутки = 9,5 гр.

УЗИ почек: Размеры правой почки: 110х45, паренхима 13мм. Размеры левой почки: 114х50, паренхимы 14мм. Контуры ровные, четкие. Эхогенность умеренно повышена. Пирамиды визуализируются нечетко. ЧЛС не расширена, структура ЧЛС усилена, неоднородна. Мочевой пузырь наполнен, контуры ровные, содержимое однородное, ООМ-0мл. Конкременты не выявлены. Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений структур почек.

Биопсия почки: получено 28 клубочков, во всех утолщение базальной мембраны. В двух клубочках склероз, петли капилляров пролиферируют, стенки сосудов утолщены, отечны, склерозированы, просветы капилляров неравномерной ширины, дистрофия известных канальцев. Заключение: мембранозная нефропатия, признаки нефросклероза.

### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

## Ситуационная задача № 112

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной Н, 45 лет обратился к врачу с жалобами на повышение температуры до  $38,3^{\circ}\text{C}$ , головные боли, головокружение, колющие боли в правой половине грудной клетки, связанные с дыханием, сухой кашель, одышку с чувством нехватки воздуха.

Анамнез заболевания: за трое суток до обращения к врачу, вечером, после работы, на фоне полного здоровья, у больного появился озноб, головные боли, боли в грудной клетке при дыхании, покашливание, повысилась температура тела до  $38,3^{\circ}\text{C}$ . Больной начал принимать парацетамол, но самочувствие не улучшилось. В день обращения к врачу появилась одышка с чувством нехватки воздуха при физической нагрузке средней интенсивности. Перенесенных ранее заболеваний и контактов с туберкулезными больными не отмечает, профосмотры ежегодно – без патологии.

Объективно: При осмотре: состояние средней степени тяжести. Румянец на правой щеке, крылья носа участвуют в дыхании. ЧД 26 в 1 мин. Грудная клетка симметрична, правая половина отстает в акте дыхания. Голосовое дыхание усилено в 4 – 5 межреберных промежутках справа по средне-ключичной линии, там же укорочение легочного звука и патологическое бронхиальное дыхание. Ритм сердечной деятельности учащен до 94 в 1 мин., тоны сердца правильного соотношения. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

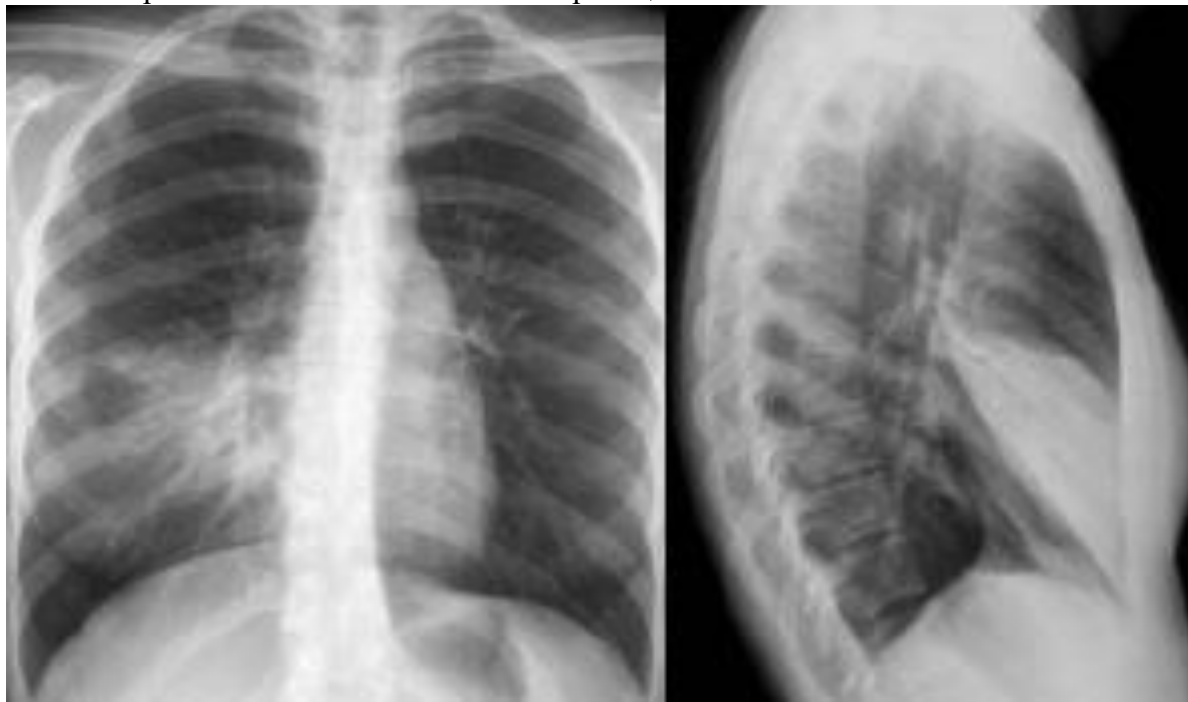
Параклинические исследования:

1. Общий анализ крови: эр -  $4,5 \times 10^{12}/\text{л}$ , гемоглобин 146 г/л, лейкоциты –  $13,2 \times 10^9/\text{л}$ : э - 1%, п/я – 8%, с/я – 73%, лимф – 18%, м-1%, СОЭ-25 мм/ч.
2. Общий белок - 74 г/л, альбумины - 55%, глобулины  $\alpha_1$ -5%,  $\alpha_2$ -13%,  $\beta$  - 8%,  $\gamma$  - 19%, фибриноген - 5,6 г/л, СРБ - +++.
3. Общий анализ мочи: отн. плотность – 1,024; белок – 0,033г/л, единичные эритроциты.
4. ЭКГ: синусовая тахикардия.
5. Рентгенограмма органов грудной клетки: прилагается.

### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

### Рентгенограмма больного Н. 45лет в 2х проекциях



Расшифруйте рентгенограммы, дайте заключение

#### Ситуационная задача № 113

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

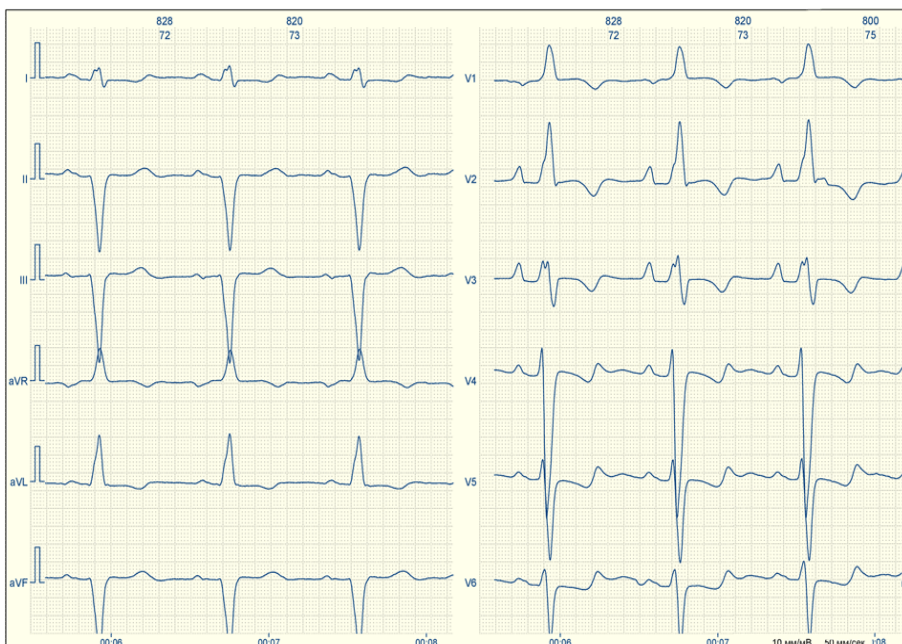
Больной К, 46 лет, механик, обратился с жалобами на кашель с отделением слизисто-гноной мокроты, преимущественно по утрам, одышку при физической нагрузке (подъем по лестнице на 2-3 этаж), сердцебиение, слабость, недомогание. Считает себя больным в течение 12 лет. Начало заболевания постепенное. Появился кашель с мокротой по утрам, переохлаждения, как правило, сопровождались повышением температуры тела, усилением кашля, увеличением количества мокроты. В течение последнего года появилось затруднение выдоха при легкой физической нагрузке. Курит с 15 лет по 2 пачке сигарет в день. Контакт с больными туберкулезом не было. За последние 12 месяцев данное обострение с госпитализацией повторное.

Объективно: Сат – тест – 30 баллов, mMRC – 3 балла. Состояние средней степени тяжести. Пониженного питания, цианоз губ, акроцианоз, набухание шейных вен, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, температура тела - 38,1°C. Пастозность стоп. Над легкими коробочный звук, при аускультации - жесткое дыхание, жужжащие и влажные разнокалиберные хрипы, больше в межлопаточном пространстве. ЧД-18 в мин. Границы сердца: правая на 1,5 см вправо от правого края грудины, левая - по левой среднеключичной линии, верхняя - III межреберье. Тоны сердца приглушены, расщепление I тона на верхушке и акцент II тона над легочной артерией. Пульс 96 в 1 мин, АД - 135/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под реберной дуги на 2 см, болезненная, размеры по Курлову - 11×10×9 см. Селезенка не пальпируется. SpO<sub>2</sub> – 83%.

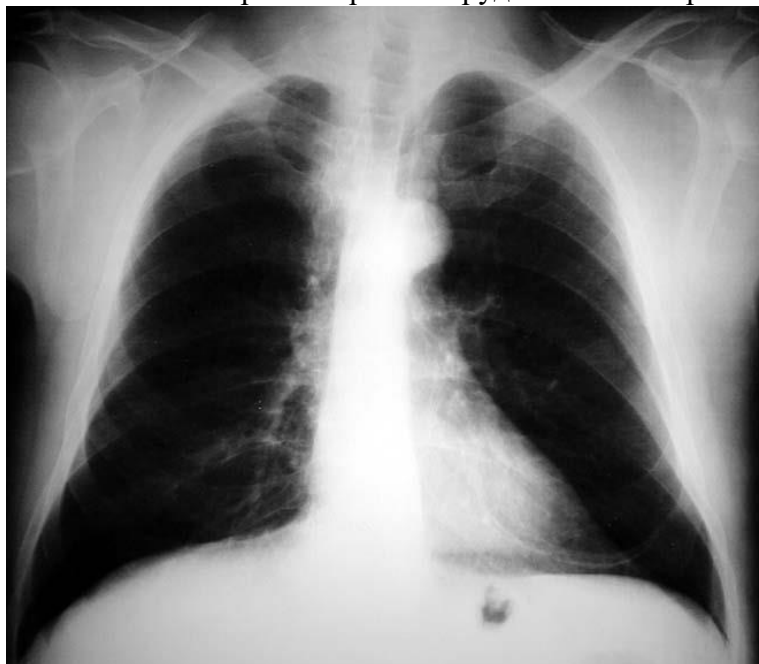
При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

1. Общий анализ крови: эр- $5,5 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 145 г/л, лейкоциты –  $10,2 \times 10^9/л$ : э - 0%, п/я – 7%, с/я – 54%, лимф – 34%, м-5%, СОЭ-13 мм/ч.
2. ФВД: ЖЕЛ умеренно снижена; ОФВ<sub>1</sub> - 40%, индекс Тиффно – 0,64.

### 3. ЭКГ прилагается.



### 4. Рентгенограмма органов грудной клетки прилагается.



Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

### Ситуационная задача № 114

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

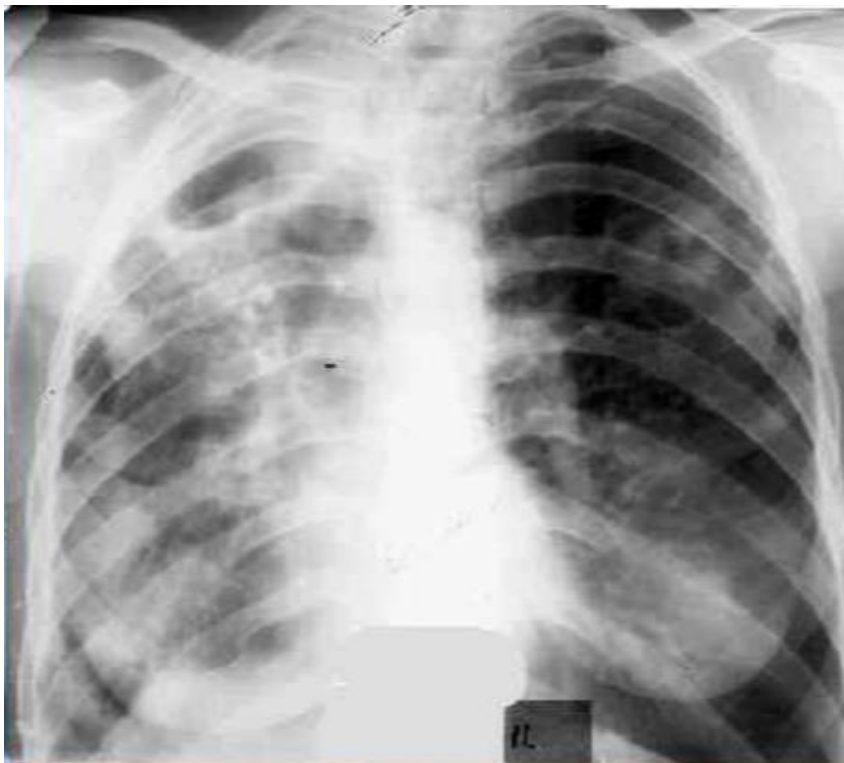
Больной Ж, 48 лет, инвалид II гр. Беспокоит слабость, выраженное недомогание, усталость в конце рабочего дня, потливость по ночам, одышка при умеренной физической нагрузке, похудел на 4 кг за последние полгода. Болеет давно, более полугодом, за медицинской помощью не обращался, лечился самостоятельно, но без эффекта. Заболевание протекает волнообразно. Последние 3 дня отмечает ухудшение состояния. На фоне слабости, умеренной одышки, повысилась температура тела, усилился кашель. Во время приступов кашля отмечается выделение алой пенистой крови от 150-250 мл в сутки. **Объективно:** Больной пониженного питания, отмечается западение над- и подключичной ямок справа. Перкуторный звук над верхней долей правого легкого укорочен. Над этой зоной прослушивается бронхиальное дыхание и разнокалиберные влажные хрипы.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: Нв–95г/л, L– $9,9 \times 10^9$ /л, э–0 п/я–3 с/я–60 л–31 м–6, СОЭ–28 мм/ч.
2. Б/х крови: глюкоза 5,1 мкмоль/л, общий белок 59г/л, альбумины 55%,  $\gamma$  глобулины 30%, АсТ 106МЕ/л, АлТ 80МЕ/л, холестерин 3,7ммоль/л
3. Рентгенограмма прилагается.

#### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



Рентгенограмма больного Ж, 48 лет в прямой проекции

### Ситуационная задача № 115

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной К., 46 лет, водитель, поступил в клинику с жалобами на кашель со слизисто-гноющей мокротой до 50 мл в сутки, одышку смешанного характера, повышение температуры до 37,5°C, похудание на 5 кг.

Заболел около 4-6 месяцев назад, когда появились выше перечисленные жалобы, несколько раз отмечал появление в мокроте прожилок крови, связывал с частыми переохлаждениями на работе и ОРВИ, за медицинской помощью не обращался и не лечился.

**Объективно:** Общее состояние больного средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, повышенной влажности. ЧД до 21 в минуту в покое. Грудная клетка: астеника, при осмотре симметрична, При перкуссии легких слева в проекции верхней доли притупление перкуторного звука, дыхание здесь же везикулярное ослабленное, крепитации и хрипов не выслушиваются. Справа над всеми легочными полями дыхание везикулярное, крепитации и хрипов нет. АД 100/60 мм.рт.ст. Пульс одинаковый с обеих сторон 100 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительных качеств. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичны, частота 100 в минуту. Живот при пальпации мягкий, во всех отделах безболезнен. Печень и селезенка не увеличены. Пузырные симптомы отрицательные. Язык обложен белым налетом, суховат. Физиологические отправления в норме.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

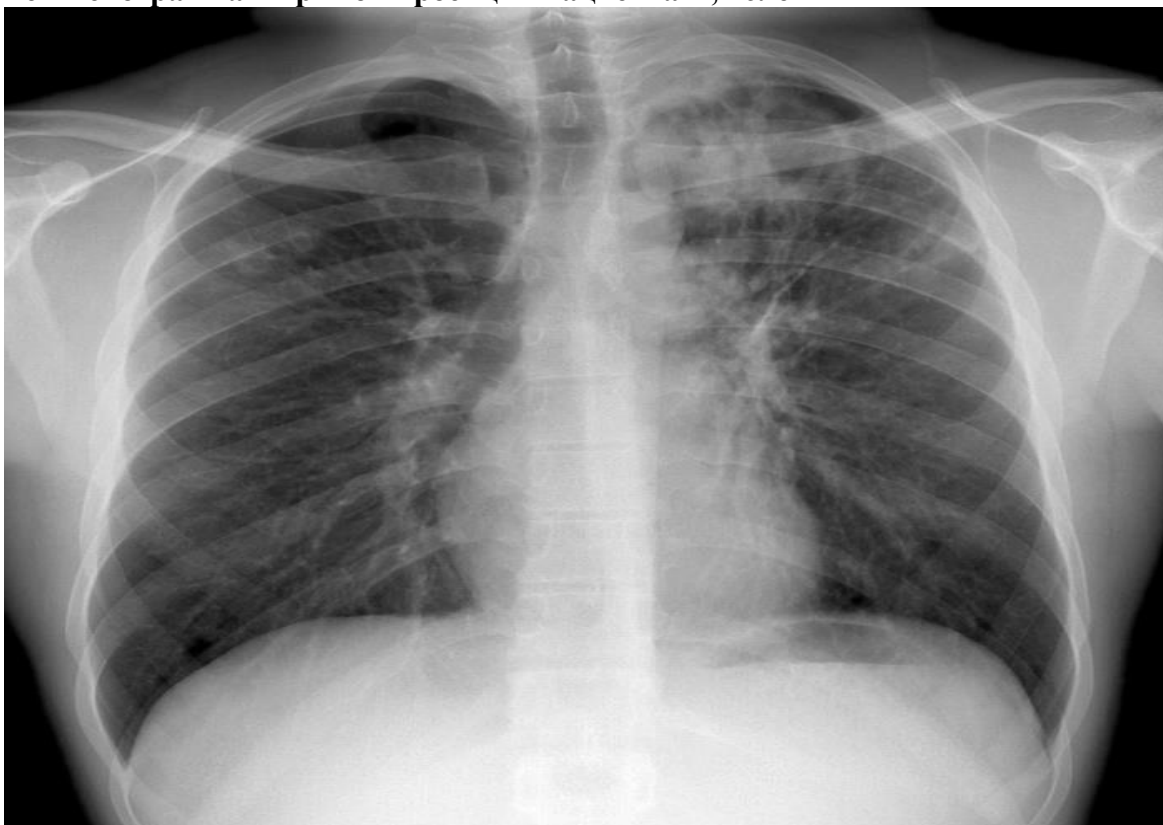
1. Общий анализ крови: Нв-118 г/л, L-10,9x10<sup>9</sup>/л, э-0 п-13 с-70 л-11 м-6, СОЭ-36 мм/час.
2. Б/х крови: глюкоза 5,7ммоль/л, общий белок 60г/л, альбумины 55%, γ глобулины 30%, АсТ 35МЕ/л, АлТ 39МЕ/л, холестерин 3,5ммоль/л
3. Рентгенограмма прилагается.

#### **Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



## Рентгенограмма в прямой проекции пациента К, 46лет



Оцените рентгенограмму, при выявлении патологии определите для какого заболевания характерны выявленные изменения.

### Ситуационная задача № 116

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Пациентка 30 лет, преподаватель средней школы, доставлена БСМП, которую вызвала из-за выраженной, нарастающей слабости (не могла встать с постели), многократной рвоты слизистым содержимым. Два года назад выявлена хроническая надпочечниковая недостаточность. Получает терапию: преднизолон 5 мг утром, кортизона ацетата 25 мг в 14 ч, кортинефф 0,1 мг утром. Состояние было удовлетворительным, справлялась с профессиональной деятельностью и работой по дому, занималась детьми. Два дня назад заболела ОРВИ (болели дети, диагноз выставлялся детским врачом): ломота в теле, повышение температуры до 38\*, пропал аппетит. Препараты принимала в прежнем режиме. Состояние больной резко ухудшилось в течение последнего дня: слабость, адинамия, тошнота, рвота. При осмотре врач БСМП зарегистрировал АД 60/30 мм рт.ст.). Во время транспортировки в/в вводился физиологический р-р хлорида натрия.

**Объективно:** состояние тяжелое. Из-за слабости не может повернуться на бок, голос еле слышен. Кожные покровы сухие, коричневого цвета. ЧД-16 в мин. Пульс слабого наполнения, 100 в минуту. АД 50/0 мм рт ст. Сердечные тоны приглушены, ритмичны. ЧСС 100 в минуту. Слизистые ротовой полости чистые, язык суховат, чистый. Живот втянут, реагирует беспокойством при пальпации живота, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Периодически появляются кратковременные судороги в конечностях.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: количество лейкоцитов  $6,6 \times 10^9/\text{л}$  (4,00-8,80); количество

- эритроцитов  $4,0 \times 10^{12}/л$  (3,70-4,70); гемоглобин 140 г/л (120-150); СОЭ 16 мм/ч (2-15)
2. ОАМ: плотность-1015, Л-2 п/з, Эр -2п/з.
  3. Глюкоза 3,0 ммоль/л. Калий - 6,0 ммоль/л. Натрий - 121 ммоль/л.
  4. ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 105 в минуту, признаки гиперкалиемии.

### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больной?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больной? Определить трудоспособность.

### Ситуационная задача № 117

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)**

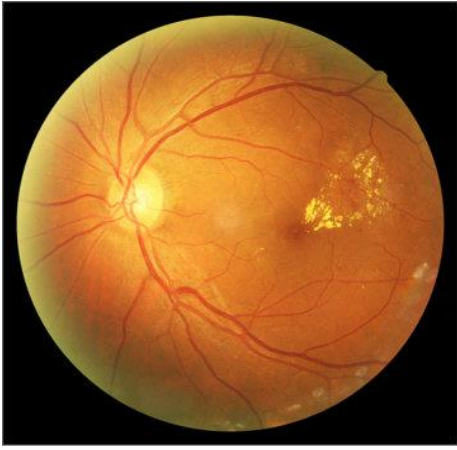
Пациентка А, 30 лет предъявляет жалобы на ежедневные внезапные приступы слабости, выраженной потливости, появившиеся в течение последних месяцев; при этом регистрировала глюкозу по глюкометру: 2,2- 3,3 ммоль/л.

Сахарный диабет с 3х-летнего возраста. Получает инсулин в режиме базис-болюсной терапии: Хумулин НПХ по 12 ЕД утром и вечером, Хумалог по 6-8 ЕД перед основными приемами пищи по уровню УЕ. В течение 15 лет обнаруживается белок в моче, изменения на глазном дне 10 лет (лазер-терапия дважды). Последние три года: отеки на лице, туловище; постоянно получает Нолипрел БиФорте, Крестор (20 мг). Год назад выявлено снижение гемоглобина, получает препараты железа и Эритропозтин под контролем Нв. 6 месяцев назад при нарастании отеков и появлении одышки назначен фурасемид (до 8 таблеток /сутки). Работает переводчиком.

**Объективно:** Общее состояние средней степени тяжести. Масса тела 64 кг, рост 168 см. Кожные покровы сухие, бледные. Слизистые умеренно бледные. Лицо отечно, мимика сохранена. Подкожная клетчатка диффузно пастозна. Мышцы развиты слабо. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс сохранен на всех артериях. Тоны сердца: ритм правильный, ЧСС 80 в мин. АД 120/75 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Снижена температурная и тактильная чувствительность по типу «гольф».

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

- 1.ОАК: СОЭ 15 мм/час, Лейк –  $6,3 \times 10^9/л$ , Эр –  $3,2 \times 10^{12}/л$ , Нв -100 г/л.
- 2.Глюкоза натощак 4,3 ммоль/л, креатинин 356 мкмоль/л, холестерин 4,2 мкмоль/л, общий белок 76 г/л
- 3.Осмотр глазного дна. Снимок глазного дна прилагается.



4.ЭКГ: метаболические изменения

5.Суточная моча (1,8 л): белок - 3,85 г/л

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больной?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больной? Определить трудоспособность.

## ЗАДАЧИ ПО ХИРУРГИИ

Государственная итоговая аттестация  
Направление подготовки (специальность)  
31.05.01 «Лечебное дело»

### ЗАДАЧА №1

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Вас, как участкового врача, пригласили на дом к больному 30 лет, который болеет в течение 5 лет язвенной болезнью желудка. Неоднократно проходил амбулаторно курсы консервативной терапии, обычно это происходило весной или осенью. Сегодня утром, встав с постели, на несколько секунд потерял сознание, стал отмечать общую слабость, головокружение. Вскоре появилась тошнота, однократная рвота цвета «кофейной гущи». Объективно: врач обнаружил бледные кожные покровы, живот правильной формы, мягкий при пальпации умеренно болезненный в эпигастральной области, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Пульс 110 уд.в мин. АД 100/70 мм.рт.ст.

#### Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Ваши действия?
3. Какую лечебную тактику Вы предпримете?
4. Какие лабораторные показатели крови Вас должны интересовать?
5. Возможные виды операций?

### ЗАДАЧА №2

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

У больного 36 лет утром появились ноющие боли в правой подвздошной области, усилившиеся и ставшие очень интенсивными к вечеру. Появились частые позывы на мочеиспускание, поднялась температура до 37,6С, была однократная рвота. Ранее подобных болей больной не отмечал. Язык обложен белым налетом, суховат. Живот в правой подвздошной области напряжен, резко болезнен. Симптом Щеткина-Блюмберга справа резко положителен. Положительны симптомы Ровзинга, Ситковского, Симптом Пастернацкого отрицателен.

В моче изменений нет. Лейкоцитов в крови  $16,0 \times 10^9 /л$ .

#### Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
3. Какие исследования необходимо провести дополнительно?
4. Как расцените данные УЗИ?

ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №3  
г. Кемерово

отделение УЗИ  
тел. 36-26-21

Протокол ультразвукового исследования  
от 07.04.02

ФИО: Больной  
Год рожд.: 19  
Направлен:  
Адрес:

УЗИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ  
Почки расположены типично. В размерах не изменены. Подвижность почек при дыхании сохранена. Контуры ровные, толщина паренхимы сохранена, полостная система не расширена. Мочеточники и надпочечники не визуализируются. Конкрементов не выявлено.

Заключение:  
Врач:

### ЗАДАЧА №3

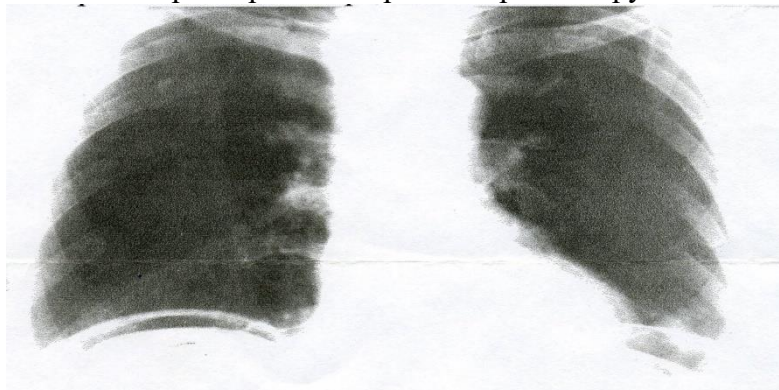
(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной 32 лет обратился с жалобами на боли в правой подвздошной области, появившиеся сутки назад. Заболел остро, возникла сильная боль в эпигастриальной области, была однократная рвота, повысилась температура тела до 37,6°C, затем боли сместились в правую подвздошную область и уменьшились, но не исчезли совсем. Стул был нормальный.

**При осмотре:** Общее состояние удовлетворительное. Активен. Рс 84в'. Язык влажный, температура нормальная, отмечается небольшая болезненность в правой подвздошной области, напряжения мышц нет. Т-37,3°C. Слабopоложительные симптомы Ситковского и Ровзинга. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Никаких образований в брюшной полости не определяется.

Лейкоцитов в крови 8,0-10<sup>9</sup>/л. Анализ мочи без особенностей.

Ниже представлены обзорные рентгенограммы органов грудной клетки.



#### Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз?
2. С каким заболеванием следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие инструментальные методы исследования следует провести, с какой целью, и в какой последовательности?
4. Имеются ли и какие патологические изменения на представленной рентгенограмме?

#### ЗАДАЧА №4

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной 19 лет поступил через сутки от начала заболевания с жалобами на пульсирующие боли над лобком справа и в правой поясничной области, учащенное мочеиспускание. Накануне заболевания длительное время находился на открытом воздухе, переохладился. Общее состояние больного удовлетворительное. Температура 37,8°C, пульс 92 в минуту. Обращает внимание вынужденное положение больного на спине с согнутым в тазобедренном суставе и приведенным к животу правым бедром. При попытке разогнуть бедро больной начинает кричать от выраженных болей в поясничной области.

Живот мягкий, болезненный в правой подвздошной области только при очень глубокой пальпации. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Определяется болезненность при пальпации в проекции треугольника Пти и резко положительный симптом Пастернацкого справа. Симптом Ровзинга положительный, симптом Ситковского отрицательный.

Эритроцитурия. Лейкоцитов в крови  $14,3 \times 10^9/\text{л}$ .

#### Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз?
2. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные исследования помогут уточнить диагноз?
4. Прокомментируйте УЗИ.

ФИО: Больной А., 19  
Год рожд.: 19  
Направлен: Приемное

Адрес:

УЗИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Почки не увеличены, подвижны при дыхании, паренхима без признаков деструкции, полостная система не расширена, конкрементов нет. Признаков острого холецистита, панкреатита нет. Конкрементов в желчном пузыре нет. Признаков билиарной гипертензии нет. ОЖП 6 мм. Свободной жидкости в бр полости нет. Справа, забрюшинно нечетко виден небольших размеров инфильтрат, без признаков скопления жидкости. Инфильтрат находится в проекции средней трети мочеточника.

Заключение:

Врач:

### ЗАДАЧА №5

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная 60 лет, тучная женщина, страдает несколько лет хроническим калькулезным холециститом. Приступы заболевания беспокоят пациентку 1-2 раза в год, как правило, после погрешностей в диете. Приступы купировала приемами спазмолитиков и анальгетиков. От предлагаемой 3 года назад плановой операции удаления желчного пузыря отказалась.

Неделю назад у больной начался выраженный приступ боли в правом подреберье. Острота приступа на фоне самостоятельного приема спазмолитиков к исходу суток уменьшилась. Однако появилась иктеричность склер, желтушное окрашивание кожных покровов.

При поступлении в приемный покой хирургического стационара общее состояние больной средней степени тяжести. Язык сухой, обложен налетом. Кожные покровы желтушного цвета. Склеры иктеричны. Живот немного вздут. Определяется выраженная болезненность при пальпации в правом подреберье, нечеткий симптом Щеткина-Блюмберга. Пульс 96 уд. в мин. Температура 37,8 град. С. Общий билирубин крови - 180 мкмоль/л. Лейкоцитов в крови 12,0x10<sup>9</sup> Ед./л.

При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости установлено, что желчный пузырь увеличен в размерах до 12 см, стенка его утолщена до 6 мм, не сокращается. В просвете пузыря определяются многочисленные конкременты округлой формы диаметром до 6-8 мм. Общий желчный проток диаметром 15 мм.

#### Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз у больной при поступлении в хирургический стационар.
2. Определите тактику лечения пациентки.
3. Назначьте схему консервативного лечения.
4. Какие дополнительные диагностические исследования и с какой целью необходимо выполнить больной?
5. Какую инструментальную процедуру необходимо выполнить, чтобы ликвидировать у пациентки механическую желтуху?
6. Когда после этих процедур можно ставить вопрос о холецистэктомии?

### ЗАДАЧА №6

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

В приемное отделение поступила больная 52 лет. Накануне обильно поужинала. Утром ощутила резкие боли в эпигастриальной области опоясывающего характера. Появилось затрудненное дыхание, многократная рвота, не дающая облегчения, слабость, обильное потоотделение. Температура 37 град.С. расстройств мочеиспускания нет. Задержка стула, газы не отходят. Ранее ничем не болела. Доставлена через 6 часов от начала заболевания.

При осмотре состояние тяжелое, больная бледна, кожа покрыта холодным потом. Пульс 140 уд. в мин. Артериальное давление 100/60 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот подвздут, слабо принимает участие в дыхательных движениях. Перистальтика вялая, выслушивается при аускультации с большим трудом. Печеночная тупость сохранена. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Симптомов раздражения брюшины нет. Резкая болезненность при пальпации эпигастриальной области. Положительны симптомы Воскресенского и Мео-Робсона. Лейкоцитов в крови 13,0x10<sup>9</sup> Ед./л. Диастаза крови 600 ед./л



### Вопросы:

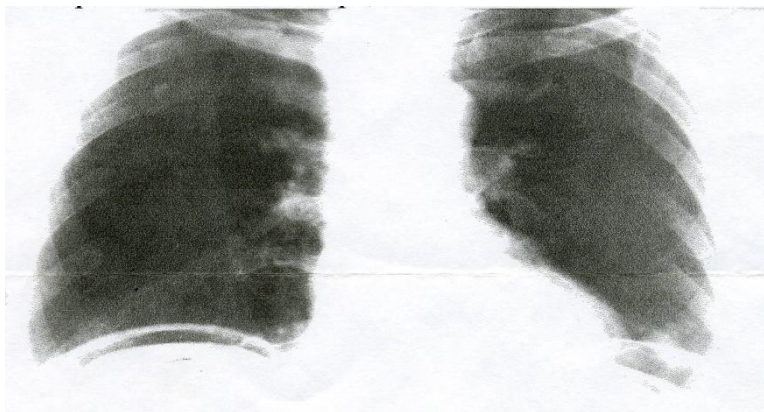
1. Сформулируйте диагноз у больной при поступлении.
2. Как называется расстройство функции ЖКТ, возникающее при этом заболевании?
3. Опишите патогенез развившегося расстройства.
4. Назначьте лечение больной.
5. Опишите лечение нарушенной функции ЖКТ.
6. Как зависит прогноз лечения больной с основным заболеванием от результата лечения возникшего расстройства ЖКТ?

### ЗАДАЧА №7

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной 36 лет поступил через 4 ч от начала заболевания. Заболевание началось очень остро, резкими болями в эпигастральной области, была однократная рвота. Больной находился в квартире один и смог вызвать врача только через 3 ч.

В момент осмотра общее состояние больного удовлетворительное, жалуется на боли в правой подвздошной области, где имеется резкая локальная болезненность, защитное напряжение мышц и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Температура  $37,3^{\circ}\text{C}$ , пульс 100 в'. Лейкоцитов в крови  $15,0 \times 10^9/\text{л}$ . Положительным оказался и симптом Ровзинга. Обзорная рентгенограмма органов брюшной полости представлена ниже.



### Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз?
2. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные методы исследований и в какой последовательности следует провести?
4. Какие патологические изменения имеются на представленной рентгенограмме?



## ЗАДАЧА №8

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная 78 лет поступила в приемное отделение хирургического стационара через 4 часа от начала заболевания с жалобами на выраженные схваткообразные боли в животе, появившиеся вскоре после поднятия тяжелого предмета (приподняла и отодвинула домашнее кресло). Вскоре после появления болей возникла рвота, вздуло живот, перестали отходить газы. Явления подвздутия живота, эпизоды задержки стула беспокоили пациентку и ранее. Эти явления проходили самостоятельно, больная связывала их последний год с возрастом.

При осмотре: пациентка повышенного питания; масса тела, со слов больной, 118 кг. Выраженные складки кожи и подкожной клетчатки в нижней части живота, нависающие над бедрами.

В подмышечных областях, в паховых областях участки мацерации кожи и опрелости. Живот вздут, мягкий при пальпации, умеренно болезненный в эпигастральной области.

При пальцевом ректальном исследовании ампула прямой кишки пуста.

На обзорном снимке органов брюшной полости стоя выявлены чаши Клойбера, соответствующие по форме толстокишечной непроходимости.

Дежурный врач установил диагноз острой obturационной кишечной непроходимости и начал консервативные лечебные мероприятия. После сифонной клизмы был небольшой по объему стул, отошли газы. Рвота не возобновлялась, живот немного уменьшился в объеме. Лечебные мероприятия расценены как эффективные и больной продолжено обследование в условиях стационара с целью выяснения причин непроходимости и установления показаний к плановому оперативному вмешательству.

Однако через 6 часов после улучшения больная вновь почувствовала боли в животе уже распространенного характера. Живот вздуло, возникла дважды рвота. При пальпации живота появились признаки раздражения брюшины. После 2-х часовой предоперационной подготовки пациентка была оперирована. Под эндотрахеальным наркозом с релаксантами выполнена средне- срединная лапаротомия. В брюшной полости - серозно-гнойный выпот в объеме 500-800 мл. При ревизии брюшной полости выявлен участок тонкой кишки, втянутый в складку париетальной брюшины под паховой связкой в медиальной ее части справа. Приводящий отдел кишки на протяжении примерно 80 см выше места препятствия раздут газом, гиперемирован, с налетом фибрина. Отводящий участок кишки спавшийся, разового цвета.

### Вопросы:

1. Какое неотложное хирургическое заболевание выявлено у больной во время операции?
2. Как продолжить операцию?
3. Что явилось причиной неправильной диагностики выявленного неотложного хирургического заболевания у больной?
4. Какую ошибку допустил врач приемного покоя?
5. Опишите план клинического осмотра больного при подозрении на неотложное хирургическое заболевание органов брюшной полости.

### ЗАДАЧА №9

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной 71 года в течение 3 последних лет испытывает затруднения при мочеиспускании. Моча выделяется тонкой вялой струей, часты стали позывы на мочеиспускание. Год назад больной заметил в обеих паховых областях округлой формы выпячивания размером 5х5 см, исчезающие в горизонтальном положении. Образования эти безболезненные, мягкой консистенции.

Семенные канатики расположены кнаружи от выпячиваний. Наружные отверстия пахового канала круглой формы диаметром 1,5 см.

#### Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Каков сопутствующий диагноз?
3. Какие и с какой целью дополнительные исследования следует провести?
4. Лечебная тактика?

### ЗАДАЧА №10

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

У больного 36 лет была сделана операция через 12 ч после ущемления паховой грыжи. В грыжевом мешке оказались две петли тонкой кишки. После рассечения ущемляющего кольца цвет кишечных петель стал нормальным, они перистальтировали, пульсация сосудов брыжейки была хорошей. Обе петли погружены в брюшную полость, произведена пластика задней стенки пахового канала. Через сутки после операции у больного появились признаки перитонита. Он повторно оперирован. Во время операции обнаружена перфорация некротизированной петли тонкого кишечника, распространенный гнойный перитонит.

#### Вопросы:

1. Как называется данный вид ущемления?
2. В чём заключалась тактическая ошибка хирурга?
3. Критерии жизнеспособности /нежизнеспособности ущемлённой петли кишечника?
4. Последовательность действий хирурга при обнаружении ущемлённой кишечной петли?

### ЗАДАЧА №11

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

В приемный покой поступил больной 52 лет с ущемленной паховой грыжей. Он жаловался на сильные боли в месте ущемления, вздутие живота, задержку стула и газов. С момента ущемления прошло 16 ч. В приемном отделении больницы во время гигиенической ванны грыжа вправилась, отошли газы. После этого больной был осмотрен. Состояние больного удовлетворительное, пульс 84 в минуту, живот умеренно

вздут, однако перистальтика выслушивалась, признаки раздражения брюшины отсутствовали. Учитывая значительный срок ущемления, наличие в момент поступления больного в больницу явлений частичной кишечной непроходимости, вы решили сделать больному лапаротомию. Во время операции, кроме некоторого вздутия тонкого кишечника, патологии обнаружено не было.

**Вопросы:**

1. Обоснованность лапаротомии?
2. Какова рациональная хирургическая тактика?
3. Абсолютные показания к лапаротомии?

**ЗАДАЧА №12**

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

У больного 30 лет, поступившего через 6 ч от момента ущемления паховой грыжи, произошло самопроизвольное вправление ее. Общее состояние больного оставалось вполне удовлетворительным, признаков перитонита не наблюдалось. Учитывая сравнительно небольшой срок, прошедший с момента ущемления, молодой возраст больного, настойчивую просьбу больного об операции (грыжа у него в последнее время часто стала ущемляться), хирург через час с момента поступления больного выполнил ему операцию грыжесечения. При этом не удалось детально осмотреть органы брюшной полости, но прилежащие к шейке грыжевого мешка петли тонкого кишечника не изменены, выпота в брюшной полости не было. Операция прошла без осложнений.

На следующий день больной жаловался на вздутие и боли в животе, температура поднялась до 38°C, но эти явления были расценены как реакция и послеоперационный парез. Однако к концу дня стало ясно, что у больного развился перитонит, и он был оперирован.

**Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Причина перитонита?
3. Какова должна быть рациональная тактика хирурга с момента поступления больного?
4. Какую тактическую ошибку допустил хирург в ходе операции?

### ЗАДАЧА №13

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

В приемное отделение поступила больная 52 лет. Накануне обильно поужинала. Утром ощутила резчайшие боли в эпигастральной области, опоясывающего характера. Появилось затрудненное дыхание, многократная рвота, не дающая облегчения, слабость, обильное потоотделение. Температура 37°C. Расстройств мочеиспускания нет. Задержка стула, газы не отходят.

Раньше ничем не болела. Доставлена через 2 ч от начала заболевания. При осмотре состояние тяжелое, больная бледна, выражен акроцианоз, кожа покрыта холодным потом. Пульс 140 в'. Артериальное давление 100/60 мм рт. ст. Язык сухой, покрыт белым налетом. Живот принимает участие в акте дыхания. Перистальтика вялая. Печеночная тупость сохранена. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Живот мягкий при пальпации. Симптомов раздражения брюшины нет. Резкая болезненность в эпигастральной области. Симптомы Воскресенского и Мейо-Робсона положительные. Пальпируется напряжённый безболезненный желчный пузырь. Лейкоцитов в крови  $12,0 \times 10^9/\text{л}$ . Диастаза мочи 1024 ед. Билирубин крови 45 мкмоль/л, за счёт прямой фракции.

#### Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Дополнительные методы исследования?
3. Основные лечебные мероприятия?
4. Профилактику, каких возможных осложнений заболевания следует проводить?

### ЗАДАЧА №14

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная 52 лет жалуется на периодически появляющиеся в течение последнего года приступообразные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и лопатку с повышением температуры до 39-39,5°C, проливными потами. За последний месяц такие приступы участились и стали появляться каждые 2-3 дня. Иногда приступы сопровождались появлением желтухи, которая быстро исчезала, а затем появлялась вновь. Общее состояние оставалось удовлетворительным. Отмечала некоторую слабость. Живот обычной формы, мягкий. Печень не увеличена. Желчный пузырь не пальпируется. Болезненность при пальпации в эпигастральной области. Лейкоцитов в крови  $9,2 \times 10^9/\text{л}$ . СОЭ 60 мм/ч. Рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта без особенностей. При дуоденальном зондировании получены все порции, патологии в них не найдено. Холецистаграфия показала небольшое расширение общего желчного протока. Камни не определяются.

Результат рентгенологического исследования желудка и 12-п. кишки иллюстрированы следующей рентгенограммой:



**Вопросы:**

1. Предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы исследований необходимо провести для уточнения диагноза? 4. Прочтите рентгенограмму.
5. Тактика лечения больной?

**ЗАДАЧА №15**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)**

Больной А. в течение 10 лет страдает язвенной болезнью желудка, поступил в стационар во время очередного обострения. Больной отмечает снижение аппетита, усиление болей после приема пищи. При обследовании в эпигастральной области пальпируется резко болезненное опухолевидное образование. Анализ крови и мочи без особенностей. При анализе желудочного сока установлено гипоацидное состояние.

Рентгенологическое исследование представлено рентгенограммой:



**Вопросы:**

1. Предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
4. Какова лечебная тактика?

### **ЗАДАЧА № 16**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)**

Больной 36 лет в течение 12 лет страдает язвенной болезнью желудка с почти ежегодными обострениями. Лечится регулярно в поликлинике, несколько раз был на курорте, тщательно соблюдает диету. В терапевтическом стационаре ни разу не лечился. При рентгенологическом исследовании язва все время прослеживается.

#### **Вопросы:**

1. Что Вы считаете необходимым выяснить из анамнеза заболевания, позволяющее достоверно оценить адекватность лечения?
2. Нуждается ли пациент в дополнительном обследовании и если да, то в каком?
3. Лечебная тактика?
4. В случае выбора в пользу хирургического метода лечения что ляжет в обоснование выбранного метода операции?

### ЗАДАЧА №17

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной 47 лет, 14 лет назад ему был наложен гастроэнтероанастомоз по поводу стеноза выходного отдела желудка. На протяжении 14 лет чувствовал себя хорошо. В последние 2 месяца у больного появились боли, возникающие после приема пищи, ухудшился аппетит, появилась слабость, повышенная утомляемость. Больной потерял в массе тела 8 кг за 3 месяца. Наличие язвы было подтверждено рентгенологически. При рентгенологическом исследовании было установлено, что желудок имеет форму мешка, опорожнение его содержимого происходит, в основном, через анастомоз. Определенного рентгенологического заключения сделано не было.

В анализе крови эритроцитов  $3,5 \times 10^9$  /л, гемоглобина 103 г/л, СОЭ - 30 мм/ч.

#### Вопросы:

1. Каков основной патогенетический механизм рецидива язвенной болезни после операции гастроэнтеростомии?
2. Чем следует объяснить ухудшение состояния больного через 14 лет после операции гастроэнтеростомии?
3. Какие клинические и лабораторные признаки позволяют обосновать данное осложнение?
4. Какие исследования следует провести для уточнения диагноза?
5. Какова лечебная тактика?

### ЗАДАЧА №18

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Через 3 мес. после резекции 2/3 желудка по Гофмейстеру-Финстереру больной обратился к вам с жалобами на сильную слабость, возникающую через 15—20 мин после еды, сопровождающуюся чувством жара в верхней половине туловища, резким потоотделением. Через некоторое время начинается головокружение, шум в ушах, учащенное сердцебиение, дрожание конечностей. Затем появляется чувство усталости, сонливости, полиурия и жидкий стул. Болей в животе нет, но больной отмечает чувство полноты в желудке в начале приступа. Приступы более выражены при приеме пищи, богатой углеводами. Больной не прибавляет в массе после операции. Дефицит массы тела составляет 8 кг.

#### Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Какие методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Лечебная тактика?
4. Показания к хирургическому лечению?

### ЗАДАЧА №19

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной 40 лет поступил в хирургическое отделение через 4 ч от начала заболевания, с жалобами на сильные схваткообразные боли в животе, появившиеся вскоре после тяжелой физической работы, рвоту, вздутие живота, неотхождение газов. Общее состояние больного средней тяжести, он беспокоен, мечется, пульс 92 в минуту, температура нормальная. Живот вздут, мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. При пальцевом ректальном исследовании ампула прямой кишки пуста.

Дежурный врач установил диагноз острой кишечной непроходимости и с лечебной целью поставил сифонную клизму, однако уже после введения небольшой порции жидкости у больного появился стул цвета «мясных помоев». Это склонило врача в пользу диагноза илеоцекальной инвагинации, и он оперировал больного, используя правосторонний параректальный доступ по Ленандеру. Однако, слепая и подвздошная кишки оказались на месте. Не найдя патологии со стороны органов, доступных осмотру из этого разреза, хирург зашил рану и вскрыл брюшную полость средне-срединным разрезом. После длительной ревизии и продолжения разреза вверх было установлено, что в отверстии диафрагмы ущемлена часть поперечной ободочной кишки.

Отверстие в диафрагме хирургом было расширено. Ущемленная петля кишки извлечена в брюшную полость, она оказалась жизнеспособной. Отверстие в диафрагме было ушито.

#### **Вопросы:**

1. Что позволило бы поставить правильный диагноз до операции?
2. Какие физикальные данные противоречили диагнозу «илеоцекальной инвагинации»?
3. Какую тактическую ошибку допустил хирург?
4. Какой хирургический доступ был бы в данном случае рациональным в случае своевременно диагностированной диафрагмальной грыжи? Какова должна быть тактика хирурга в ходе операции?



## ЗАДАЧА №20

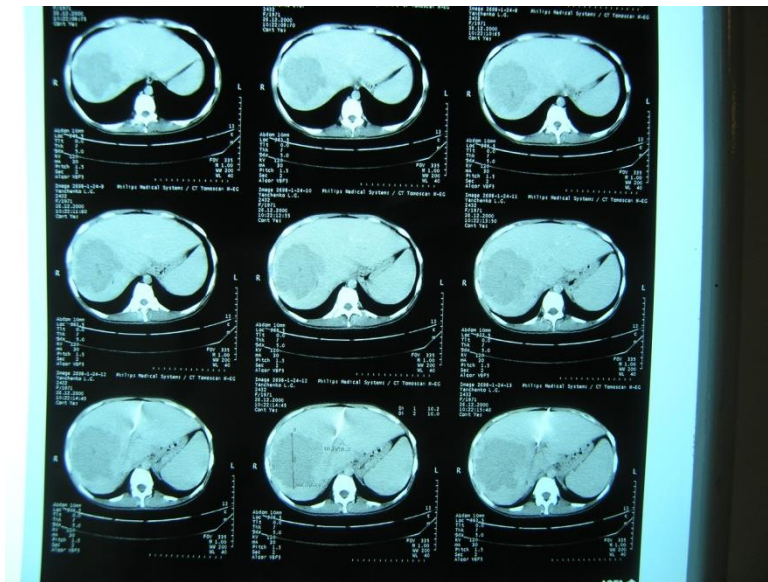
(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной 40 лет, оперированный 30 дней назад по поводу острого гангренозного аппендицита и тяжело перенесший послеоперационный период (длительная лихорадка, вскрытие межкишечного абсцесса и абсцесса дугласова пространства), вновь поступил в стационар с жалобами на боли в правом подреберье, ознобы, повышение температуры вечерами до 38,5 С.

Объективно: Пульс 90 ударов/мин, язык влажный, склеры иктеричные. Живот мягкий, но в области правого подреберья определяется болезненность. Печень выступает из подреберья плотно-эластической консистенции, болезненная. Размеры по Курлову 15x10x5 см. Лейкоцитов в крови  $18,0 \times 10^9/\text{л}$ . При рентгенологическом обследовании правый купол диафрагмы на своем обычном месте, но несколько ограничен в подвижности. Проведена компьютерная томография брюшной полости (томограмма прилагается)

**Вопросы:**

1. Ваш диагноз? (прокомментируйте томограмму).
2. Какое лечение предполагаете?



### ЗАДАЧА №21

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

У больной 72 лет, тучной женщины, в течение 15 лет страдающей желчнокаменной болезнью, гипертонической болезнью и диабетом 2 типа, появились резкие боли в правом подреберье с иррадиацией в правое надплечье, рвота, температура 38 С. Через сутки от начала заболевания больная обратилась в дежурное хирургическое отделение.

При поступлении: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы сухие, чистые, желтушны. Склеры иктеричны. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот напряжен, болезнен в правом подреберье, перитонеальных симптомов нет. При проведении УЗИ: желчный пузырь больших размеров, заполненный конкрементами. Лейкоцитоз  $12,0 \times 10^9$  /л. Состояние было расщеплено как острый холецистит, выполнена микрохолецистостомия под контролем УЗИ. Боли быстро купировались, по стоме выделяется 600,0 мл желчи в сутки, выполнена фистулография (снимок прилагается).

#### Вопросы:

1. Какие отклонения от нормы Вы видите на фистулохолецистохолангиограмме?
2. Как сформулируете диагноз?
3. Какое лечение показано в дальнейшем?



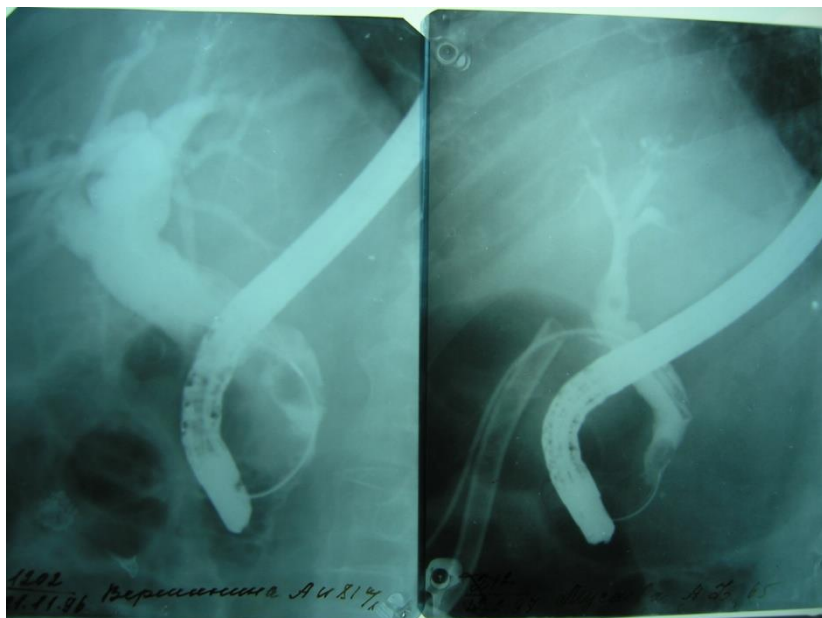
### ЗАДАЧА №22

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

60-летней женщине, страдавшей в течение 10 лет хроническим калькулезным холециститом, в ургентном порядке по поводу острого калькулезного флегмонозного холецистита выполнена операция холецистэктомия. Операционная холангиография не проводилась. После операции в течение 6 месяцев периодически беспокоили боли в подложечной области, которые снимались приемом Но-шпы. Последний приступ болей сопровождался рвотой, потемнением мочи, ознобом, появлением иктеричности склер. В хирургическом отделении, куда была доставлена больная, при обследовании выявили температуру 38 С, общий билирубин - 100,0 мкмоль/л; прямой - 80,0 мкмоль/л; не прямой - 20,0 мкмоль/л; диастазу мочи 64 ед; расширение гепатикохоледоха, по данным УЗИ. Выполнена ретроградная холангиография (см. снимок).

#### Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз .
2. Какую ошибку допустил хирург, выполнявший холецистэктомию?
3. Какие патологические изменения Вы видите на снимке?
4. Какое лечение показано?



### ЗАДАЧА №23

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

В приемный покой доставлена женщина с жалобами на слабость, стул темного цвета. Больной себя считает в течение месяца, когда впервые заметила иктеричность склер, темную мочу, небольшую желтуху. Лечилась травами, желтуха уменьшилась, однако стул, бывший до этого светлым, стал периодически дегтеобразным, нарастала слабость.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Больная пониженного питания, кожные покровы желтушны, видимые слизистые бледно-розового цвета. Артериальное давление 110/60 мм рт.ст., пульс 90 ударов/мин.. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень по Курлову 12х10х8 см, в правом подреберье определяется безболезненное плотно-эластическое образование 5х6 см. При ректальном исследовании - мелена. На УЗИ расширение внутри- и внепеченочных желчных ходов. Состояние расценено как механическая желтуха, наложена чрезкожная чрезпеченочная холецистостома, выполнена фистулография (снимок прилагается).

#### Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Прокомментируйте холеграмму.
3. Какое лечение показано?



### ЗАДАЧА №24

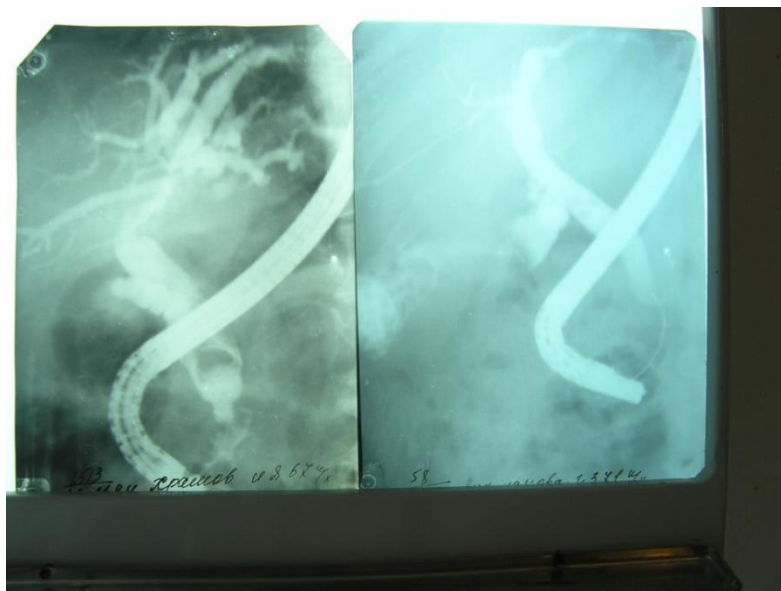
(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная 52 лет жалуется на периодически появляющиеся в течение последнего года приступообразные боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку и правое плечо. Боли связывает с приемом пищи. За последний месяц такие приступы участились. Иногда после приступа появляется желтуха, которая быстро исчезает.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Пульс 80 ударов/мин, АД-120/80 мм рт.ст., склеры иктеричные. Живот обычной формы, мягкий, безболезненный, печень не увеличена, желчный пузырь не пальпируется. Лейкоцитов в крови  $9,0 \times 10^9$  /л; билирубин сыворотки крови общий - 40,0 ммоль/л; прямой - 30,0 ммоль/л, непрямой - 10,0 ммоль/л. Больной выполнена ретроградная холеграфия (снимок прилагается).

#### Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Прокомментируйте холеграмму.
3. Какое лечение необходимо?



### ЗАДАЧА №25

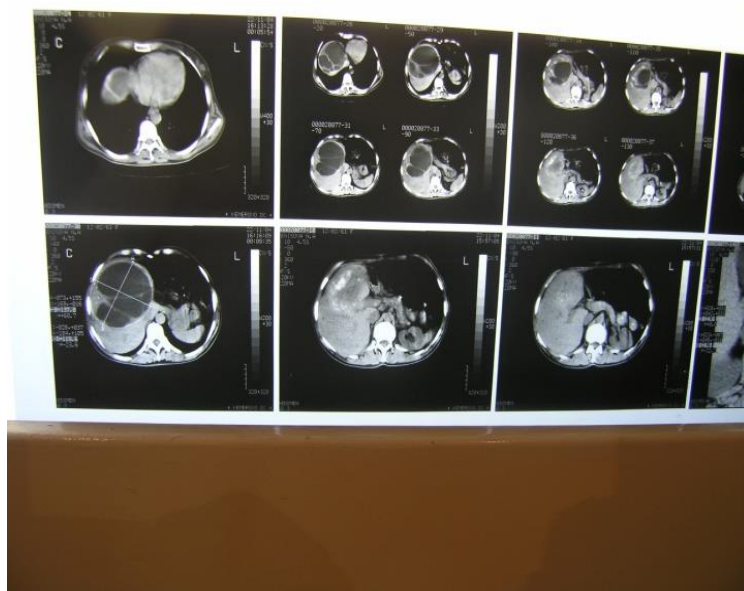
(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной 40 лет, охотник, жалуется на тяжесть в области правого подреберья. Других жалоб нет. В анамнезе год назад были беспричинная крапивница и зуд кожи.

Объективно: питания среднего, кожные покровы чистые, телесного цвета. Пульс 80 ударов/мин., живот обычной формы, мягкий, безболезненный. Край печени пальпируется на 3 см. ниже реберной дуги, он закругленный, безболезненный. Размеры по Курлову 13x11x8 см. При рентгенологическом исследовании определяется выпячивание полусферической формы в области правого купола диафрагмы. Выполнена КТ брюшной полости. (томограмма прилагается).

#### Вопросы:

1. О каком заболевании следует думать?
2. Какие дополнительные методы исследования могут помочь в постановке диагноза?
3. Какое лечение предполагается?



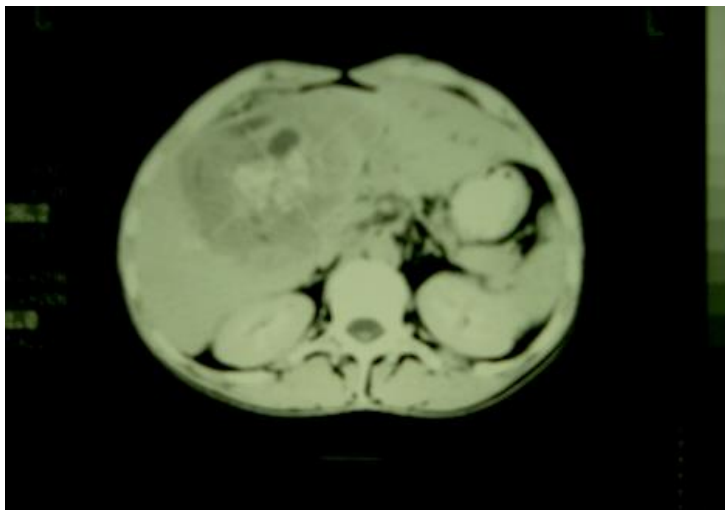
### ЗАДАЧА №26

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

40-летний больной, сельский житель, был направлен с профилактического осмотра на консультацию к печеночному хирургу в связи с обнаруживаемым в течение двух лет увеличением печени. Жалоб нет, состояние удовлетворительное, питания среднего, за последние месяцы не похудел. Кожные покровы и слизистые обычного цвета. Печень определяется пальпаторно на 2 см ниже правой реберной дуги, плотная, бугристая, безболезненная. Размеры по Курлову 15x13x10 см. Другой патологии не обнаружено. Температура тела 36,5 С. Анализ крови: лейкоцитов  $7,2 \times 10^9$  /л; эритроцитов  $4,0 \times 10^{12}$  /л; гемоглобин 130 г/л; СОЭ - 15 мм/час. Выполнена компьютерная томография брюшной полости (томограмма прилагается).

#### Вопросы:

1. О каком заболевании будете думать?
2. Прокомментируйте томограмму
3. Какое дообследование необходимо провести?
4. Предполагаемое лечение?





### ЗАДАЧА №27

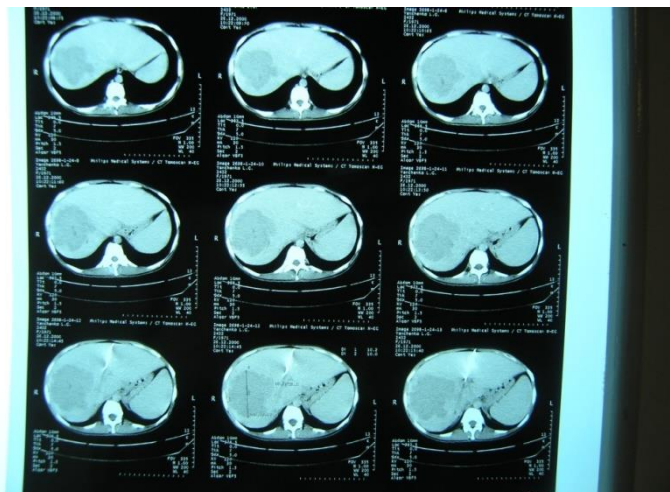
(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

В поликлинику обратился больной с жалобами на слабость, похудание, появление желтухи и тупые постоянные боли в правом подреберье. Заболел около 6 месяцев назад, когда появились умеренные ноющего характера боли в правом подреберье. Лечился травами. Боли несколько уменьшились, но нарастала слабость, снизился аппетит, за последние 2 месяца похудел на 15 кг. Накануне заметил иктеричность склер и потемнение мочи.

Объективно: питания пониженного. Кожные покровы желтушны, сухие, склеры иктеричны. Живот при пальпации мягкий, печень плотная, бугристая пальпируется на 3 см ниже реберной линии. Селезенка не увеличена. В брюшной полости четко определяется асцит. Выполнена КТ брюшной полости (томограмма прилагается)

#### Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Прокомментируйте томограмму.
3. Какое дополнительное обследование необходимо?
4. Назначьте лечение.



### ЗАДАЧА №28

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

В приемный покой хирургического стационара доставлен больной 67 лет с жалобами на интенсивные распространенные боли в животе, возникшие внезапно среди полного благополучия около 2-х часов назад. Из анамнеза: боли в животе ранее не беспокоили. Изредка, на протяжении последних лет, из-за погрешностей в диете возникали явления желудочно-кишечного дискомфорта. Год назад выполнена баллонная дилатация и стентирование коронарных артерий по поводу ИБС. Соблюдал прием препаратов, назначенных кардиологом. Курить бросил. В течении недели, в связи с психоэмоциональным напряжением из-за бытовых причин начал курить и нарушил регулярный прием препаратов по назначению кардиолога. На момент поступления: состояние больного тяжелое, в сознании. Кожные покровы бледные, губы синюшные. Пульс 110 уд.в мин., ритмичный. АД 100/60 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, умеренно болезненный во всех отделах. При аускультации живота перистальтические шумы не прослушиваются. Из результатов лабораторных исследований - общий анализ крови: лейкоцитоз  $18,0 \times 10^9$  Ед/л. С учетом клинической картины дежурным хирургом под ЭТН предпринята диагностическая лапароскопия. Выявлено, что выпот в брюшной полости отсутствует, петли кишечника бледные, волны перистальтики вялые, но сохранены. Явной патологии в брюшной полости не выявлено, и он был оставлен для динамического наблюдения. Боли в животе после лапароскопии стихли. Через 3 часа дежурная мед.сестра сообщила, что у пациента вновь возникли острые боли в животе. Дежурный хирург при повторном осмотре выявил клинику распространенного перитонита. Больной был оперирован. После выполнения средне-срединной лапаротомии в брюшной полости у пациента выявлены неперистальтирующие, раздутые газом петли кишечника, темного цвета с признаками формирующегося некроза, обильный выпот с запахом кишечного содержимого.

1. Сформулируйте диагноз заболевания у больного в момент поступления.
2. Какие дополнительные диагностические исследования и по какой причине должен был назначить дежурный хирург у этого пациента?
3. Почему выполненное лапароскопическое исследование в момент поступления больного дало ложный результат?
4. Какая операция должна была быть выполнена больному при правильной постановке диагноза?
5. Какую операцию хирург вынужден выполнить в сложившейся ситуации?

### ЗАДАЧА №29

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

В поликлинику к терапевту обратилась 50-летняя женщина с жалобами на появление в моче крови при мочеиспускании. Впервые кровь заметила около недели назад. В анамнезе мочекислый диатез, неоднократные почечные колики с микрогематурией и дизурией. В течение последних лет приступов болей не было. Около 25 лет назад лечилась по поводу цистита.

Объективно: питания среднего, кожа и видимые слизистые обычные. Пульс 76 ударов/мин., АД - 120 мм.рт.ст. Живот мягкий, болезненный. Печень и селезенка не определяются. Анализ крови: лейкоцитов -  $7,6 \times 10^9$  /л; эритроцитов -  $2,8 \times 10^{12}$  /л; гемоглобин - 100 г/л. Анализ мочи: свежие эритроциты до 50 в п/зр. При проведении УЗИ патологии не найдено. Выполнена в/в урография, нисходящая цистография. (снимок прилагается).

#### Вопросы:

- 1 Сформулируйте диагноз.
- 2 . Прокомментируйте снимок.
- 3.Какое обследование проведете больной для уточнения диагноза?
- 4.Назначьте лечение.



### ЗАДАЧА №30

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной 36 лет обратился с жалобами на внезапно появившиеся резкие боли в правой половине живота, иррадиирующие в паховую и правую поясничную область, тошноту, однократную рвоту. Заболел 2 часа назад. Раньше подобных болей никогда не было. Больной беспокоен, мечется. Температура при поступлении 37,5 °С. Пульс 100 ударов/мин. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот напряжен в правой половине, болезненный больше справа от пупка. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Поколачивание в поясничной области справа резко болезненно.

#### **Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. С какими заболеваниями будете проводить диф диагностику?
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести больному для уточнения диагноза?
4. Какую окажете первую помощь?

### ЗАДАЧА №31

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная 56 лет обратилась к врачу с жалобами на сильные боли в правой половине живота, иррадиирующие в правое плечо, лопатку и поясничную область. Была однократная рвота. Заболела 10 часов назад. Боли постепенно нарастали, поднялась температура до 38°C. Пульс 92 удара/мин. Стул был накануне нормальный, мочеиспускание не нарушено. Раньше подобных болей не было. При осмотре: Общее состояние удовлетворительное, кожные покровы умеренной степени влажности, бледно-розовые. Язык сухой, обложен белым налетом. Больная при дыхании щадит живот в правой половине. При пальпации определяется болезненность и напряжение мышц в правой подвздошной области и правом подреберье. Желчный пузырь не пальпируется. Симптом Щеткина-Блюмберга в правой половине живота и симптом Ровзинга резко положительны. Френикус-симптом и симптом Ортнера отрицательные.

Анализ крови: лейкоцитов  $12,0 \times 10^9$ ; эритроцитов -  $4,0 \times 10^{12}$ ; Нв=130г/л.

#### **Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
3. Какие дополнительные обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение.

### ЗАДАЧА №32

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Девушка 18 лет поступила в приемное отделение с жалобами на боли в правой подвздошной области. Боли начались внезапно 2 ч. назад, распространились по всему животу, иррадиировали в крестец и задний проход. Затем они локализовались в правой подвздошной области. Больная отмечает слабость, головокружение, тошноту. Последняя менструация закончилась у нее 12 дней назад (была в срок).

При осмотре: кожные покровы бледные, температура 37,1 С. Пульс 100 ударов/мин, АД-100/60 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот принимает участие в акте дыхания, при пальпации отмечается умеренное напряжение и болезненность в правой подвздошной области без четких перитонеальных симптомов. Анализ мочи без отклонений от нормы. Анализ крови: лейкоцитов  $10,0 \times 10^9$ ; эритроцитов  $3,1 \times 10^{12}$ ; гемоглобин 100 г/л.

#### **Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями будете дифференцировать?
3. Какое дополнительное обследование необходимо провести для уточнения диагноза?
4. Какова лечебная тактика?

### ЗАДАЧА №33

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной 36 лет поступил в хирургическое отделение через год после резекции  $\frac{1}{2}$  желудка по Гофмейстеру-Финстереру, выполненной по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки, осложненной кровотечением. Больной жалуется на периодически появляющееся после приема пищи чувство тяжести в эпигастральной области и правом подреберье, которое нарастает и сопровождается рвотой чистой желчью спустя 1,5-2 часа. После рвоты наступает облегчение. После каждого приема пищи (особенно сладкой, молочной) наблюдаются слабость, головокружение, периодически вынужден принимать горизонтальное положение на 20-30 мин. За год похудел на 10 кг.

#### **Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие дообследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Какое лечение показано?

### ЗАДАЧА №34

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная 22 лет, умеренного телосложения доставлена в приемный покой хирургического стационара с жалобами на интенсивные боли в области эпигастрия. Боли возникли сразу после приема пищи и сохранялись около 1 часа. Больная вызвала врача скорой помощи, который после осмотра пациентки решил доставить ее в дежурный хирургический стационар. С момента возникновения болей до момента осмотра больной хирургом прошло около 2-х часов. На момент осмотра хирургом пациентку ничего не беспокоило. Лабораторные исследования, включая амилазу крови, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ никаких подозрений у дежурного хирурга не вызвали, и больная была отпущена домой с рекомендацией обследования и лечения у терапевта по месту жительства.

В последующие приемы пищи пациентка старалась кушать меньше, поскольку каждый прием сопровождался интенсивными болями в верхней части живота. Боли были непродолжительными: 40- 60 мин. после приема пищи. В остальное время суток больная чувствовала себя хорошо и с обращением к терапевту не спешила. Однако через несколько месяцев стала отмечать значительное снижение массы тела, быстро наступающую усталость при выполнении физической нагрузки.

Обследование пациентки в амбулаторных условиях, включающее в себя ФГДС, повторное УЗИ органов брюшной полости, КТ органов брюшной полости, лабораторные исследования, не выявило заболеваний органов брюшной полости.

Вместе с тем, больную продолжали беспокоить боли в животе после каждого, даже небольшого по объему приема пищи. Больная значительно похудела, потеряла интерес к жизни.

1. О каком заболевании идет речь? Укажите его конкретную форму.
2. Опишите диагностический алгоритм по поиску причин болей в животе, напрямую связанных с приемами пищи.
3. Какую ошибку при осмотре настоящей больной допускали врачи, участвовавшие в ее обследовании?
4. В выполнении какой операции нуждается пациентка? Каковы отдаленные результаты подобной операции у молодых людей?



### ЗАДАЧА №35

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной 19 лет, поступил через сутки от начала заболевания с жалобами на боли внизу живота и правой поясничной области. Тошноты и рвоты не было. Общее состояние удовлетворительное, температура  $37,8^{\circ}\text{C}$ , пульс 92 удара/мин. Обращает внимание, вынужденное положение больного на спине с согнутым в тазобедренном суставе и приведенным к животу правым бедром. При попытке разогнуть бедро появляются сильные боли в поясничной области справа. Живот мягкий, болезненный в правой подвздошной области при глубокой пальпации. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Симптом Ровзинга положительный. Поколачивание в поясничной области справа болезненное. Симптомы Воскресенского и Ситковского отрицательные. Дизурии нет. Лейкоцитоз  $14,0 \times 10^9$ .

#### **Вопросы:**

1. Какое заболевание предполагаете?
2. С каким заболеванием необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какое дообследование необходимо провести?
4. Какое лечение предложите больному?

### ЗАДАЧА №36

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной 30 лет обратился с жалобами на боли в правой подвздошной области, появившиеся неделю назад. Сначала возникла сильная боль в эпигастральной области, была однократная рвота, температура  $37,5^{\circ}\text{C}$ . Затем боли локализовались в правой подвздошной области и значительно стихли, но не исчезли совсем, стул и мочеиспускание нормальные.

При осмотре: состояние удовлетворительное, пульс - 66 ударов/мин, язык обложен, температура  $36,3^{\circ}\text{C}$ , отмечается болезненность в правой подвздошной области при мягком животе. Здесь же пальпируется образование плотной консистенции  $5 \times 4$  см, малоболезненное. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Симптом Ровзинга положительный.

#### **Вопросы:**

1. Предварительный диагноз?
2. Какое дообследование проведете больному?
3. Какое лечение необходимо?

### ЗАДАЧА №37

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной 36 лет поступил через 4 часа от начала заболевания. Заболевание началось очень остро, резкими болями в эпигастральной области, была однократная рвота. Больной находился в квартире один и смог вызвать врача только через 3 часа. В момент осмотра общее состояние больного удовлетворительное, жалуется на боли в правой подвздошной области, где имеется резкая болезненность, защитное напряжение мышц и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Температура  $37,3^{\circ}\text{C}$ , пульс 100 ударов/мин, лейкоцитов в крови  $15,0 \times 10^9$ , анализ мочи без изменений. Оказался положительным симптомом Ровзинга. Был поставлен диагноз острого аппендицита и больной взят на операцию. Однако, после вскрытия брюшной полости выделилось значительное количество мутной жидкости с примесью желчи.. Червеобразный отросток слегка гиперемирован.

#### **Вопросы:**

1. Каков правильный диагноз?
2. С какими заболеваниями до операции надо было проводить дифференциальный диагноз?
3. Почему ошибся хирург?
4. Что следует предпринять?

### ЗАДАЧА №38

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

У незамужней женщины 32 лет 3 года назад стали появляться болезненные набухания молочных желез, усиливающиеся в предменструальном периоде. Несколько дней назад больная в левой молочной железе обнаружила опухолевидное образование. Молочные железы внешне не изменены. В верхне-наружном квадранте левой молочной железы определяется нечетко плотный узел размерами 2х2 см. Узел плотно-эластической консистенции, слегка болезненный при пальпации, не спаян с кожей и окружающими тканями, кожа над ним не изменена. Симптом Кенига отрицательный, в положении больной лежа узел пальпируется менее четко. Регионарные лимфатические узлы не определяются.

#### **Вопросы:**

1. Предполагаемый диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы исследования следует провести для уточнения диагноза?
4. Какова врачебная тактика?

### ЗАДАЧА №39

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная 53 лет поступила в приемный покой с жалобами на сильные боли в правой голени распирающего характера, отек стопы и голени, судорожные сокращения икроножных мышц, повышение температуры тела до 38 °С. Больна в течение 3 дней. Вначале были судорожные сокращения икроножных мышц, боли появились на второй день, а еще через день появился отек. При осмотре кожа правой голени и стопы лоснится, напряжена. Окружность правой голени больше левой на 5 см. Движения возможны, но крайне болезненны. При ощупывании конечности определяется болезненность по ходу сосудистого пучка, особенно в подколенной ямке. Сдавлением рукой икроножных мышц вызывает резкую болезненность. Анализ крови: лейкоцитов  $11,0 \times 10^9$ ; эритроцитов  $4,0 \times 10^{12}$ ; протромбиновый индекс 120 %.

#### **Вопросы:**

1. Предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
3. Какие исследования помогут уточнить диагноз?
4. Какое назначите лечение?

### ЗАДАЧА №40

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

В приемный покой доставлен больной 45 лет, с жалобами на рвоту желудочным содержимым коричневого цвета, слабость, головокружение. Накануне вечером был стул темного цвета. Анамнез заболевания: язвенная болезнь более 3 лет; два года назад было произведено ушивание перфоративной язвы (какой не знает). Последующие два года беспокоили чувство полноты после приема пищи, отрыжка, периодически рвота, приносящая облегчение, ночные боли в эпигастрии, похудел. Противоязвенное лечение не принимал.

Объективно: пониженного питания, бледный, пульс 110 уд/мин, АД= 100/60 мм рт. ст.. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии, печень и селезенка не определяются. Ректально мелена.

#### **Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

### ЗАДАЧА №41

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

В приемный покой доставлена женщина 60 лет с жалобами на постоянные сильные боли в верхних отделах живота опоясывающего характера, тошноту, рвоту, озноб. Заболела за сутки до поступления, после празднования дня рождения внучки. Ночью проснулась от болей в эпигастрии, принимала Но-шпу, но боли не проходили, затем появилась тошнота и рвота. С утра стало знобить, повысилась температура до 38,3°C, отмечает потемнение мочи, также боли начали иррадиировать под левую лопатку, в позвоночник. Ранее таких сильных болевых приступов не отмечала. В анамнезе хронический холецистит, лямблиоз. Два года назад в желчном пузыре обнаружены при выполнении УЗИ конкременты.

Объективно: женщина повышенного питания, склеры и кожные покровы желтушные, температура тела 38°C. Пульс - 100 уд/мин, АД=130/90 мм рт.ст. Дыхание везикулярное. При пальпации живот напряжен, резко болезненен в эпигастральной области без перитонеальных симптомов. В остальных отделах мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не определяются. Печеночная тупость сохранена. Моча темная. Самостоятельный стул сегодня отсутствует, ректально кал обычной окраски.

#### **Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

### ЗАДАЧА №42

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

80-летняя женщина доставлена в хирургическую клинику с жалобами на сильные постоянные боли в правом подреберье и эпигастрии без иррадиации, тошноту, многократную рвоту, озноб, повышение температуры тела, кашель. Болеет вторые сутки. Повышение температуры отмечает только сегодня. Приступ начался постепенно, через 2 часа после приема жирной пищи. Ранее у больной после острой и жареной пищи неоднократно появлялись умеренные боли в правом подреберье, купировались приемом Но-шпы. Настоящий приступ Но-шпой не снялся. В анамнезе бронхоэктатическая болезнь, хронический бронхит, инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа.

Объективно: состояние тяжелое, больная повышенного питания, температура тела 38°C. Склеры обычного цвета, АД=180/90, пульс - 108 уд/мин, аритмичный. Одышка 25 в 1 мин. Дыхание жесткое, хрипов нет, язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье, где определяется опухолевидное, резко болезненное образование 5x8 см. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень выступает из подреберья на 3 см. Имеется отечность нижних конечностей. Внутривенное введение физ.раствора со спазмолитиками в течение 6 часов боли не сняло.

#### **Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?



### ЗАДАЧА №43

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Женщина 36 лет обратилась к терапевту с жалобами на деформацию шеи, создающую косметические неудобства. Объемное образование на передней поверхности шеи она заметила около 6 месяцев назад. Связать его возникновение с чем-либо она не может. За истекшее время размеры образования не изменились. Самочувствие больной хорошее, не похудела, сон не нарушен. Пациентка нормостенической конституции. Пульс ритмичный, 60 уд/мин, АД=120/80 мм. рт. ст. Локально: образование с четкими краями, размером около 4,0 x 3,0 см, занимает правую переднебоковую поверхность шеи. Его нижняя граница на 1 см выше яремной вырезки грудины. Пальпаторно образование мягкое, слабо болезненное, подвижное, смещается при глотании, с кожей не спаянно. Кожа над ним не изменена. Лимфатические узлы шеи не увеличены.

#### Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение

#### ЗАДАЧА №44

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Ребенок 8 лет упал с высоты 2-3 метров на ягодицы, при этом возникла резкая боль в поясничном отделе позвоночника.

Объективно: болезненная припухлость в области поясничного отдела позвоночника, щадит спину, мышцы напряжены. Резко ограничена амплитуда активных движений в суставах нижних конечностей, особенно в дистальных отделах. Сухожильные коленные и ахилловы рефлексы отсутствуют. Глубокая гипестезия в аногенитальной области, по задней поверхности бедер, голеней и подошвенной поверхности стоп. Недержание мочи.

#### Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

#### ЗАДАЧА №45

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

50-летняя женщина доставлена в хирургическое отделение с жалобами на боли в надлобковой области, учащенное мочеиспускание, субфебрильную температуру тела. Боли в нижних отделах живота появились 36 часов тому назад, постоянного характера, ноющие и в течение последних суток стали сопровождаться учащенным, болезненным мочеиспусканием. При ходьбе боли усиливаются, иррадиируют в правое бедро, прямую кишку, накануне знобило. Последняя менструация 6 дней назад в срок. Инфекции половой сферы отрицает. В анамнезе б. Боткина, хронический гастрит.

При осмотре: пульс 96 уд/мин, температура тела 37,5 °С, живот в верхних отделах и мезогастрии мягкий, в надлобковой области напряжен, резко болезненен. Там же положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Анализ крови: Лейкоцитоз  $14 \times 10^9$  /л. Анализ мочи: множество лейкоцитов в поле зрения.

#### Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

#### ЗАДАЧА №46

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная 42 лет обратилась в дежурный хирургический стационар с жалобами на умеренные боли в животе распространенного характера, возникшие накануне вечером без какой-либо объяснимой причины.

В анамнезе дважды роды, без осложнений. Иногда принимает гормональные противозачаточные средства.

При осмотре: состояние больной удовлетворительное. Живот в акте дыхания участвует, при пальпации мягкий, незначительно болезненный во всех отделах. При аускультации перистальтические шумы выслушиваются. Стул и мочеиспускание не нарушены. Больная осмотрена гинекологом. Патологии не выявлено. Выполненные УЗИ органов брюшной полости, лабораторные исследования крови и мочи подозрений на патологию не вызвали.

Больная была направлена на амбулаторное обследование по месту жительства. Однако боли в животе, несмотря на принимаемые рекомендованные спазмолитики, не прошли. Появилась тошнота, дважды был жидкий стул. На 2-е сутки от начала заболевания в связи с ухудшением вызвала врача скорой помощи и была доставлена в дежурный хирургический стационар. Дежурный хирург и гинеколог не нашли признаков острой абдоминальной патологии и также направили больную на амбулаторное обследование по месту жительства. Из-за невыясненных причин больная не смогла попасть на прием в этот день. На 3-й день боли в животе усилились, живот вздуло, перестали отходить газы.

В дежурном хирургическом стационаре, куда пациентка была доставлена СМП, был установлен диагноз распространенного перитонита, и больная была оперирована. Во время операции в брюшной полости выявлено большое количество темного геморрагического характера выпота с неприятным гнилостным запахом, отечные, неперистальтирующие петли кишечника с признаками начинающегося некроза. Пульсация верхней брыжеечной артерии сохранена. Выполнить полное удаление некротизированного кишечника не представлялось возможным. Операция закончена ушиванием передней брюшной стенки.

#### **Вопросы:**

1. О какой патологии идет речь в приведенном случае?
2. Какое обстоятельство из анамнеза больной должно было натолкнуть специалистов на поиск причин медленно развивающейся острой абдоминальной катастрофы?
3. Какое современное исследование не выполнено ни на одном этапе контакта больной с медицинскими работниками? Опишите программу лечения больных с диагнозом, аналогичным у больной в приведенном случае.
4. Опишите программу лечения больных с диагнозом, аналогичным у больной в приведенном случае.

### ЗАДАЧА №47

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

В приемный покой доставлена 70-летняя женщина с жалобами на боли схваткообразного характера в животе, тошноту, рвоту, опухолевидное образование в правой паховой области. Больна 2 суток, опухолевидное образование появилось во время кашля. Лечилась грелкой, боль в области образования уменьшилась, вчера появилась рвота. В анамнезе бронхиальная астма, инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь.

Объективно: состояние больной тяжелое, пульс - 120 уд/мин, АД= 100/60 мм. рт. ст., температура тела 37,5°C, одышка 25 в мин, множество сухих хрипов. Живот подвздут, мягкий, умеренно болезненный в мезогастррии без перитонеальных симптомов. Печень на 2 см ниже реберной дуги, селезенка не определяется. На ногах отеки. Локально: в правой паховой области выбухающее образование 10 x 6 см, напряженное, болезненное, кожные покровы над ним гиперемированы.

#### Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

### ЗАДАЧА №48

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Мужчина 30 лет доставлен в приемный покой больницы с жалобами на сильные боли в животе, слабость. Час назад внезапно ощутил острейшую боль в эпигастрии, любое движение вызывает усиление болей. За 2-3 дня до этого появились небольшие боли в подложечной области, тошнота, дважды накануне рвало. В анамнезе периодически изжоги. После службы в армии обследовался амбулаторно у терапевта по поводу хронического холецистита, были выявлены при дуоденальном зондировании яйца описторхов. В стационаре прошел курс лечения по поводу описторхоза. Последние годы чувствовал себя хорошо, при изжогах принимал соду.

Объективно: состояние отягощено болями в животе, пульс - 80 уд/мин, АД= 120/80 мм. рт. ст. Дыхание ослаблено, хрипы не прослушиваются. Живот в акте дыхания не участвует, отчетливо виден рельеф мышц передней брюшной стенки.

Пальпаторно: доскообразное напряжение передней брюшной стенки, резкая болезненность при перкуссии и пальпации. Симптомы раздражения брюшины положительные

#### **Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

### ЗАДАЧА №49

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

В приемный покой доставлена женщина 55 лет, предъявляющая жалобы на нестерпимые боли в левом плече и предплечье, сопровождающиеся слабостью и онемением пальцев кисти, появившееся без видимых причин около 5 часов назад. Интенсивность болей постоянная. Три года назад пациентка перенесла ОНМК, протекавшее в форме обратимого левостороннего гемипареза. Отмечает появление в последний год отеков на нижних конечностях к концу дня. В анамнезе остеохондроз поясничного и грудного отделов позвоночника.

Объективно: пульс - 100 уд/мин, аритмичный, АД= 160/90 мм.рт.ст. При аускультации сердца определяется диастолический шум на верхушке. Печень по краю реберной дуги, безболезненна. Асимметрии верхних конечностей нет, сохранена только пассивная подвижность пораженной руки, сила левой кисти значительно снижена, левая кисть холоднее правой.

#### Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

### ЗАДАЧА №50

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

В приемный покой хирургической клиники машиной скорой помощи доставлена женщина 56 лет с наружным кровотечением из трофической язвы нижней трети правой голени.

В течение 25 лет страдает варикозным расширением вен нижних конечностей возникшим после первой беременности и родов.

Два часа назад дома при надевании валенок открылось сильное кровотечение из разорвавшегося варикозного узла по внутренней поверхности нижней трети правой голени. Больная через несколько минут прижала место кровотечения носовым платком, а родственники вызвали «скорую медицинскую помощь».

Объективно: состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные, ЧСС - 110 в минуту, АД - 90/70 мм рт.ст. На нижних конечностях видны расширенные, извитые подкожные вены, нижняя треть голеней с малоподвижной пигментированной кожей. На правой голени над лодыжками наложена бинтовая повязка, а в нижней трети бедра - жгут Эсмарха. При ослаблении жгута повязка обильно промокла кровью.

Анализ крови: эритроциты - 3 на  $10^{12}/л$ , гемоглобин - 85 г/л, гематокрит - 0,28, общее количество лейкоцитов - 13 на  $10^9/л$ .

#### Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?



## ЗАДАЧА №51

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Мужчина 65-и лет при подъеме по лестнице на второй этаж упал, ударившись левым боком о ступеньку, почувствовал острую боль в проекции X-X1 ребер по заднее-аксилярной линии. С трудом поднялся, вошел в квартиру и вызвал врача. Объективно: больной находится в вынужденном положении, кожные покровы бледные. Пульс - 120 ударов в минуту. Артериальное давление - 90 / 50 мм рт.ст. Дыхание поверхностное, при пальпации грудной клетки появляется острая колющая боль в месте травмы (X-X1 ребер по заднее-аксилярной линии слева). При изменении положения тела усиливаются боли в животе (симптом «ванька-встаньки»).

### Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

### ЗАДАЧА №52

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Вас, как участкового врача, пригласили на дом к больному, 30 лет, который болеет в течение 5 лет язвенной болезнью желудка. Неоднократно проходил амбулаторно курсы консервативной терапии, обычно это происходило весной или осенью.

Сегодня утром, встав с постели, на несколько секунд потерял сознание, стал отмечать общую слабость, головокружение. Вскоре появилась тошнота, однократная рвота цвета «кофейной гущи». Объективно: врач обнаружил бледные кожные покровы, живот правильной формы, мягкий при пальпации, умеренно болезненный в эпигастральной области, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

#### **Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

### ЗАДАЧА №53

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Вас срочно вызвали на дом к 34-летнему больному, который жалуется на «пронизывающую» боль в правой половине грудной клетки.

Из анамнеза установлено, что он болен хроническим бронхитом. Боль возникла около часа назад во время очередного кашля.

Объективно: Больной лежит на правом боку. Кожные покровы бледные, отмечается легкий акроцианоз. Дыхание поверхностное, 28 в минуту. Температура тела 36,7° С. Артериальное давление - 120 / 85 мм рт.ст.

Справа над легкими дыхание не прослушивается, при перкуссии определяется коробочный звук. Живот правильной формы, мягкий при пальпации, безболезненный. Печень по Курлову 10 на 9 на 7 см.

#### **Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

#### ЗАДАЧА №54

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Вас, как участкового врача, пригласили на дом к больному 30 лет, который болеет в течение 5 лет язвенной болезнью желудка. Неоднократно проходил амбулаторно курсы консервативной терапии, обычно это происходило весной или осенью. Сегодня утром, встав с постели, на несколько секунд потерял сознание, стал отмечать общую слабость, головокружение. Вскоре появилась тошнота, однократная рвота цвета «кофейной гущи». Объективно: врач обнаружил бледные кожные покровы, живот правильной формы, мягкий при пальпации умеренно болезненный в эпигастральной области, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Пульс 110 уд.в мин. АД 100/70 мм.рт.ст.

#### **Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Ваши действия?
3. Какую лечебную тактику Вы предпримете?
4. Какие лабораторные показатели крови Вас должны интересовать?
5. Возможные виды операций?

### ЗАДАЧА №55

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Женщина кипятила белье, и в воду добавила стиральный порошок и отбеливатель. При снятии емкости с плиты пострадавшая по неосторожности опрокинула ее на себя, получила ожоги передней поверхности туловища, обеих предплечий и кистей.

Объективно: указанные поверхности гиперемированы, местами покрыты мелкими и крупными пузырями с серозным содержимым, некоторые из них под вскрыты, свисают обрывки эпидермиса, дно некоторых пузырей белесоватое, болевая чувствительность снижена.

#### **Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

### ЗАДАЧА №56

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

На дом вызван участковый врач. Он обнаружил больного А., 26 лет, в постели. Больной предъявил жалобы на отсутствие чувствительности в пальцах стоп, отек пальцев и тыла стоп. Из анамнеза установлено, что накануне больной на морозе долго ждал общественный транспорт, продрог и отметил замерзание пальцев стоп. Дома прогревал стопы в горячей ванне, но чувствительность не восстановилась. Объективно: врач обнаружил отечные стопы, имеется цианоз пальцев, чувствительность в них отсутствует, капиллярная проба отрицательная. Пульс на тыльной артерии стопы и позади медиальной лодыжки сохранен.

#### Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

### ЗАДАЧА №57

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Вы - участковый врач. На дому посетили по вызову больную С., 46 лет, которая предъявила жалобы на боли в левой ягодице, общую слабость, озноб.

Из анамнеза выявлено, что неделю назад по поводу высокого артериального давления участковая медсестра ввела в левую ягодицу раствор магния сульфата. Через 3-е суток повысилась температура до 38,5° С.

Объективно: при осмотре в верхненаружном квадранте левой ягодичной области имеется гиперемия кожи, припухлость. В середине определяется плотный болезненный инфильтрат, в центре которого не четко пальпируется размягчение.

#### **Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

### ЗАДАЧА №58

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

В приемный покой хирургического стационара бригадой скорой помощи доставлен больной 24 лет с жалобами на обильную рвоту темного цвета кровью. Рвота возникла 2 часа назад на фоне относительного благополучия. Из анамнеза: с 17 лет страдает опиатной зависимостью, в течение настоящего года после курса лечения – ремиссия.

Состояние больного тяжелое. Сознание спутанное. Выраженная бледность кожных покровов. Пульс 110 уд. в мин., АД 90/60 мм рт.ст.. В общем анализе крови количество эритроцитов  $2.3 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 80 г/л.

- 1.Опишите лечебно-диагностический алгоритм у настоящего больного.
- 2.Каким заболеванием страдает пациент? Какое осложнение произошло у него?
- 3.Опишите консервативные мероприятия, направленные на остановку кровотечения у этого больного.
- 4.Опишите методику остановки кровотечения у этого пациента в случае неэффективности консервативных мероприятий.
- 5.Что такое «Трансъюгулярное внутripеченочное портосистемное шунтирование (TIPS)»? В каких случаях и как оно выполняется по этой причине?.
6. Если вышеперечисленные мероприятия у настоящего пациента не эффективны, какую операцию необходимо ему выполнить?



### ЗАДАЧА №59

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

В хирургическое отделение поступает молодая женщина с жалобами на боли в правой грудной железе, озноб.

Две недели назад были роды. Грудная железа заболела неделю назад, когда появилось нагрубание и поднялась температура до субфебрильных цифр. До этого в области соска был скарификат, который больная обрабатывала «зеленкой». Все эти дни ребенка кормила грудью, остатки молока сцеживала. От такого самолечения эффекта не наступило.

Объективно: правая грудная железа увеличена, кожа гиперемирована. В нижних квадрантах ее в глубине пальпируется плотный, обширный, болезненный инфильтрат с хорошо определяемыми границами, симптом флюктуации нечеткий. Подмышечные лимфоузлы справа увеличены и болезненны. Температура тела 39,9° С.

Общее состояние отягощено высокой температурой, ознобом. Пульс 96 уд/мин. АД= 120/80 мм рт.ст. Кожа и видимые слизистые обычного цвета. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см.

#### Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?
5. Как поступить с кормлением ребенка?

## ЗАДАЧА №60

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной 40 лет, длительно страдающий язвенной болезнью, отметил, что последние 2 дня боли в эпигастрии у него стали менее интенсивными, но в то же время появилась нарастающая слабость, головокружение.

Сегодня утром, поднявшись с постели, он на несколько секунд потерял сознание. Родственники пациента вызвали врача скорой помощи, который организовал немедленную доставку больного в дежурный хирургический стационар.

При поступлении в стационар состояние больного средней тяжести. Правильного телосложения, несколько пониженного питания (при росте 180 см масса тела 69 кг). Кожные покровы и видимые слизистые бледные, кожа чистая, на ощупь влажная. Костно-мышечная система без видимой патологии. Лимфоузлы не прощупываются. Температура тела 37,1°C. пульс 112 в минуту, ритмичный, слабого наполнения. АД 100/70 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, мелодия их правильная. В легких дыхание везикулярное. Язык чистый, влажный. Живот правильной формы, не вздут, перистальтика кишечника активная. При пальпации отмечается легкая болезненность в эпигастриальной области. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Дизурических расстройств нет. При пальцевом исследовании прямой кишки патологии нет, на перчатке следы кала черного цвета.

Результаты лабораторных и специальных методов исследования:

- **Анализ крови:** Эр.-2,5Т/л, Нв-78 г/л, гематокрит-0,26, лейкоциты-11,2 Г/л, э.-2, п/я - 10, с/я-74, лимф.-13, мон.-1, СОЭ-26 мм/ч.

- **Анализ мочи:** уд. вес-1017, пл. эпителий -7-10 в п/зр., лейкоцитов 12-20 в п/зр., эритроцитов 1-2 в п/зр.

- **ФГДС:** Пищевод свободно проходим. Кардия смыкается не полностью, в желудке небольшое количество жидкости цвета “кофейной гущи”, явления умеренно выраженного атрофического гастрита. Пилорус округлой формы, смыкается полностью, проходим для эндоскопа. Сразу за привратником, на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки имеется язва размером в диаметре около 1 см. Язвенный дефект покрыт темным тромбом, наблюдается небольшое подтекание темного цвета крови из-под тромба.

- **УЗИ органов брюшной полости:** патологии не выявлено, в лоханке правой почки выявлен коралловый камень, занимающий одну из чашечек почки. УЗ - признаки хронического пиелонефрита.

### Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз заболевания у больного в момент поступления в хирургическое отделение.
2. Установите тип кровотечения в соответствии с клинико-эндоскопической классификацией по Forrest (1974). Приведите обоснование дальнейшей программы лечения больного.
3. Определите возможный вариант эндоскопического гемостаза у пациента.
4. Если эндоскопический гемостаз окажется эффективным, определите дальнейшую тактику лечения больного.
5. Если остановить кровотечение с помощью эндоскопического гемостаза не удастся, какой вариант хирургического лечения планируется предпринять

### ЗАДАЧА №61

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной Е., 69 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на сильные распирающие боли в правой голени, отек стопы и голени, повышение температуры тела, озноб. Движение затруднено из-за болей.

Заболел 3 дня назад, когда появились судорожные сокращения икроножной мышцы, затем боли в ней. Отек возник на третьи сутки.

Объективно: кожа правой голени и стопы слегка гиперемирована, напряжена, лоснится. Окружность ее в средней трети увеличена на 6 см по сравнению с левой голенью, отечность распространена на тыл стопы. Имеется болезненность при пальпации икроножных мышц, более выражена она по ходу сосудистого пучка. Движения в голеностопном суставе сохранены, при максимальном его сгибании отмечается усиление болей в икроножной мышце (симптом Хоманса).

#### **Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

## ЗАДАЧА №62

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Вы - участковый врач, получили вызов на дом к больному Н., 65 лет, который пожаловался на боли в правом плечевом суставе, головные боли, повышение температуры, озноб.

Из анамнеза установили, что 2 недели назад при обращении в травмпункт больному по поводу артрозо-артрита в сустав была введена суспензия гидрокортизона, но боли не прошли, а наоборот стали увеличиваться.

Занимался самолечением: компрессы, горячие грелки, прием обезболивающих препаратов. Улучшения не наступило, что заставило обратиться к участковому врачу.

Объективно: состояние больного средней тяжести. Пульс - 96 ударов в минуту. Больной держит правую руку в положении отведения. Правый плечевой сустав отечный, при пальпации болезненный, отмечается повышение местной температуры. Активные и пассивные движения в нем резко болезненны.

### Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

### ЗАДАЧА №63

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

В хирургическое отделение поступил больной Н., 36 лет, с жалобами на боли в правой голени, общую слабость, недомогание, головную боль, периодическое повышение температуры тела до 38-39° С.

Год назад больной перенес открытый перелом костей правой голени, лечился в травматологическом отделении, где проводилось скелетное вытяжение, а потом накладывалась гипсовая повязка.

Больной передвигается с помощью костылей. Из-за болей наступать на ногу не может.

Объективно: на передней поверхности в средней трети правой голени имеется свищ со скудным гнойным отделяемым. Голень отечная, вокруг свища имеется умеренная гиперемия кожи.

На проведенной рентгенограмме костей правой голени имеется концевой остеолит отломков большеберцовой кости, эндостальный склероз, утолщение и бахромчатость периоста.

#### Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

#### ЗАДАЧА №64

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

У больного А., 26 лет, около 1 года назад появилась перемежающаяся хромота: через каждые 400-500 м пути он был вынужден останавливаться из-за болей в икроножных мышцах. Стал отмечать замерзание стоп.

Неделю назад это расстояние сократилось до 100 м, появились боли в первом пальце правой стопы, на конце пальца образовалась язва.

Объективно: кожа на голенях мраморной окраски, дистальные части стоп синюшно-багрового цвета, холодные на ощупь. На конце первого пальца имеется глубокая некротическая язва 2,5 на 3 см, покрытая фибрином. Ногтевые пластинки тусклые, ломкие. Пульс на тыльных артериях стоп отсутствует, на подколенных артериях ослаблен.

#### **Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

### ЗАДАЧА №65

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Мужчина, 44 лет, по неосторожности упал в открытый канализационный колодец. Получил открытый перелом обеих костей нижней трети правой голени.

В травматологическом отделении произведена первичная хирургическая обработка раны с наложением на нее глухого шва, после чего наложено скелетное вытяжение.

К исходу вторых суток с момента травмы у больного появилась эйфория, он начал жаловаться на боли в ране, ощущение распирания в ней и сдавливание наложенной повязки. Температура тела в течение двух суток субфебрильная.

Объективна больной апатичен, температура тела 37,5°C, дыхание - 30 в мин., пульс 120 уд/мин., АД=90/60 мм рт. ст. Кожные покровы бледные. Голень выше повязки отечная, повязка сухая. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не определяются.

#### **Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

## ЗАДАЧА № 66

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Бригадой скорой помощи в приемное отделение клиники доставлен пациент 45 лет с жалобами на очень сильные боли по всему животу, постоянными позывами на рвоту.

Заболел около 2-3 суток назад. Четко указать на причину заболевания затрудняется, хотя указывает обильный прием пищи за неделю до описываемых событий. Заболевание проявлялось резкими и очень сильными волнообразными болями по всему животу, от которых пригнулся. Боли были настолько сильными, что пришлось вызвать «скорую помощь»: После инъекции баралгина с димедролом боли стихли. На следующее утро по рекомендации врача «скорой помощи» обратился к участковому терапевту. С подозрениями на острый гастрит, панкреатит. Больному назначено амбулаторное обследование: УЗИ печени, внепеченочных протоков. Не дождавшись очереди на обследование и в связи с резким усилением абдоминальных болей, ухудшением общего состояния, вызвал «скорую помощь» повторно, и был доставлен в приемное отделение клиники хирургии.

Общее состояние больного при первичном врачебном осмотре в клинике тяжелое. Сознание спутано, делирий. Гиперемия лица, кожные покровы сухие и видимые слизистой. Одышка, частота дыхательных экскурсий 28 в минуту, частота сердечных сокращений 110 ударов в минуту. Гипотермия - 35,8 С, АД 80/50мм ртутного столба.

Живот увеличен в объеме, в дыхании участвует ограниченно. Ригидности передней брюшной стенки нет. Перитонеальные симптомы положительные над всеми отделами. В отлогах местах смещается при перкуссии зона притупления при повороте больного на бок. Перистальтика кишечника ослаблена. Газы отходят с задержкой. Per rectum: болезненность и нависание передней стенки прямой кишки. Мочеиспускание: за последние 12 часов не более 100,0 грамм мочи темного цвета.

Общий анализ крови: эр. 5,2.  $10^{12}$ /л. Гематокрит 55%. Лейкоциты  $18 \cdot 10^9$ /л, п/я 18% Амилаза крови 1500 ЕД. Натрий -120 ммоль/л. Калий-3,2 ммоль/л. Кальций 1,8 ммоль/л. АЛТ 80 ЕД/л, АСТ-60 ЕД/л, ЩФ-3,0 мМЕ/л Билирубин 60 мкмоль/л 40,0. Глюкоза 7,2 ммоль/л. Мочевина 9,2 ммоль/л, креатинин 250 мкмоль/л

### Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?



### ЗАДАЧА № 67

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной 43 лет, имеющий длительный язвенный анамнез, поступил в хирургическую клинику с жалобами на возникшие внезапно 2 часа назад острые боли в области эпигастрия. Вынужден был осторожно лечь и лежал неподвижно, при малейшем движении боли усиливались. Была однократная рвота.

При осмотре в приемном покое клиники: состояние средней степени тяжести.

Пациент лежит на правом боку, приведя колени к животу. Пульс 100 уд. в мин. АД 130/80 мм рт. Температура 37,0 град. С. Живот в акте дыхания не участвует. При пальпации напряжен во всех отделах, Пальпация вызывает резкую боль во всех отделах живота. Выражен симптом Щеткина-Блюмберга. При перкуссии передней брюшной стенки не удается определить печеночную тупость. При аускультации живота с трудом выслушиваются вялые перистальтические шумы.

С учетом явной клинической картины перитонита у больного с язвенным анамнезом, скорее всего обусловленного перфорацией язвы двенадцатиперстной кишки, больной после предоперационной подготовки срочно оперирован.

Во время операции в брюшной полости обнаружено содержимое желудка с остатками пищи. На передней стенке 12п. кишки, сразу за привратником выявлено перфорационное отверстие диаметром 0,5х03 см с выраженной инфильтрацией у основания.

#### Вопросы:

1. Сформулируйте развернутый диагноз у больного.
2. Объясните механизм исчезновения печеночной тупости, определяемой при перкуссии живота, у больных с перфорацией язв желудка и 12п. кишки.
3. Проведите обоснование варианта выполнения операции у этого пациента.
4. У настоящего пациента операция выполнялась под эндотрахеальным наркозом через средне-срединную лапаротомию. Какой еще существует современный вариант хирургического вмешательства при перфоративной язве желудка и 12п. кишки, какие этапы он включает?
5. Что такое СПВ? В каких случаях лечения язвенной болезни применяется эта технология?

## ЗАДАЧА № 68

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

На прием к участковому терапевту обратился молодой человек с жалобами на боли постоянного характера в правой поясничной области, усиливающиеся при ходьбе. Боли иррадируют в правую паховую область. Больной предъявляет жалобы на общее выраженное недомогание, озноб с повышением температуры тела до 38,7 градусов, учащенное мочеиспускание, тошноту, позывы на рвоту, ощущение задержки газов и увеличение живота.

Больным себя считает около 1,5-2 суток. Связать начало заболевания затрудняется. 2-3 дня назад длительное время находился на открытом воздухе, замерз. Ощущение неблагополучия в состоянии здоровья почувствовал с неприятным тянущим ощущением по всему животу, от которых проснулся. Примерно через 1,5-2 часа вышеизложенные боли переместились в правую поясничную область и вскоре принял сильный пульсирующий характер. К утру боли значительно стихли, но появился озноб с повышением температурой тела до 38,0-39,0 градусов, дизурия.

Общее состояние больного при поступлении средней степени тяжести. Сознание ясное. При ходьбе щадит правую поясничную область, прихрамывает на правую ногу. Кожные покровы бледные, чистые. Температура тела 38,0 градусов, язык густо обложен серым налетом. Периферических отеков нет. Ps 102 в минуту, ритмичный. АД 140/80 мм рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Частота дыхания 20 в минуту в покое, свободное. Аускультативно: дыхание везикулярное, одинаковое с обеих сторон. Хрипы не выслушиваются. Живот симметричен, в дыхании участвует. Поверхностная пальпация безболезненная, ригидности брюшной стенки нет. Симптомы Воскресенского, Щеткина-Блюмберга, Бартомье-Михельсона отрицательные Глубокая пальпация на уровне правого крыла подвздошной кости выявляет болезненность. Объемное образование в брюшной полости не обнаружено. Пальпируется урчащий, плотно – эластической консистенции болезненный купол слепой кишки. Выявлена пастозность правой поясничной области. Кожная температура над ней выше, чем над кожными покровами других локализаций. Симптом поколачивания по правой поясничной области несет резкое усиление болей в пояснице с иррадиацией в правую паховую область.

Per gestum: исследование безболезненное. Нависания передней стенки прямой кишки нет. Общий анализ крови: эритроциты  $4,8 \cdot 10^{12}$ /л. Лейкоциты  $14,0 \cdot 10^9$ /л. п/я 14%, с/я 36%, юные 9%. токсическая зернистость нейтрофилов. Общий анализ мочи: удельный вес 1028.0 белок 0,099% Эритроциты 12-14 в п/з, лейкоциты 5-10 в п/з.

### Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

## ЗАДАЧА № 69

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

В приемное отделение обратился 36-летний мужчина с жалобами: на боли по всему животу, умеренного характера, постоянные, ощущение увеличения живота в объеме, общее недомогание и сухость во рту.

Заболел остро около 12-16 часов назад с появления схваткообразных резких болей по всему животу в момент подъема тяжести в 18 часов. Обратиться за медицинской помощью своевременно не мог - находился в отдаленной экспедиции, проводил геодезические исследования. На протяжении 6-8 часов от момента возникновения /до 02<sup>00</sup>/боли в животе были очень сильными, приобрели постоянный характер, - "живот жгло огнем". Дважды была рвота, не приносящая облегчения. Инъекции спазмолитика /но-шпа/ и ненаркотического анальгетика из индивидуальной аптечки существенно боль не снимали. Затем боли стихли, и к моменту обращения к врачу сохранялось ощущение тяжести по всему животу. Появилось ощущение задержки отхождения газов, нарастающее беспокойство, отсутствие мочи, позывов на мочеиспускание, сухость во рту, жажда, учащенное сердцебиение.

Общее состояние больного при обращении расценено как тяжелое. Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые сухие. Акроцианоз. температура тела 37,1 градус, тахикардия до 120 ударов в минуту АД165\90 мм рт. ст. Частота дыхания 30 в минуту, везикулярное, одинаковая с обеих сторон, хрипы не проводятся. живот незначительно увеличен в объеме, симметричен, в дыхании участвует. Поверхностная пальпация живота безболезненная, перитонеальные симптомы отрицательные. При перкуссии живота тимпанит над всеми отделами. Аускультация кишечника выявляет приглушенные шумы, редкие. Per rectum: атония анального жома. Баллонообразное расширение ампулы прямой кишки. Пальцевое исследование сопровождается незначительной болезненностью стенки прямой кишки. На перчатке-маски каловых масс с кровью темного цвета.

Лабораторные исследования: Общий анализ крови: лейкоциты 14.10<sup>9</sup>/л, эритроциты 5,6.10<sup>12</sup>/л Гемоглобин: 180 г/л. Гематокрит 53% Калий: 5.6 ммоль/л. Креатинин 130 ммоль/л, мочевины 9 ммоль/л.

### Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

## ЗАДАЧА № 70

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

В приемное отделение бригадой скорой помощи доставлена женщина 35 лет с направительным диагнозом “острый живот”.

При поступлении пациентка предъявляла жалобы на постоянные боли в области пупка. С интервалом 15-20 минут боли усиливались до очень сильных на 1,5-2 минуты, а затем вновь стихали. На высоте болей была рвота желудочным содержимым, не приносящая облегчения, отмечала ощущение “тугого живота”. Указанные жалобы появились впервые за 2 часа до обращения к врачу среди полного здоровья, вскоре после обильного приема пищи. Газы отходили и был однократный стул незадолго до приезда бригады скорой помощи. 3 месяца назад больной проведена операция аппендэктомия по поводу острого аппендицита.

Объективно: состояние пациентки средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение вынужденное: ходит согнувшись и придерживая живот руками. В моменты усиления болей беспокойна, стремится изменить положение тела. Кожные покровы бледные, чистые. Язык влажный. Рс 110 ударов в минуту, АД 140\90 ртутного столба, температура тела 36,6<sup>0</sup>. Живот симметричен, активно участвует в акте дыхания. В правой подвздошно – паховой области имеется келлоидный послеоперационный рубец.

Передняя брюшная стенка мягкая, безболезненная при пальпации. При глубокой пальпации образований в брюшной полости не определяется, выявляется неубедительная болезненность в правом нижнем квадранте живота. Перитонеальные симптомы отрицательные. Ректальное исследование: тонус сфинктера сохранен. Ампула прямой кишки пустая. Передняя стенка прямой кишки безболезненная.

### Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

### ЗАДАЧА № 71

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

22 - летняя пациентка обратилась в приемное отделение с жалобами на: постоянного характера боли над лобком справа с иррадиацией в промежность, в прямую кишку; учащенные и болезненные мочеиспускания; частый стул со слизью.

Месячные с 14 лет, регулярные, болезненные. Последние месячные начались 2 недели назад, в срок.

Заболела остро около 6 часов назад: проснулась от сильных болей по всему животу и позывов на дефекацию. Однократный стул облегчения не принес, но был болезненным. Тошноты, рвоты не отмечалась. Вскоре боли ощущались только над лобком справа. Появились тенезмы, скудная повторная болезненная дефекация со слизью, дизурия. Отметила кровянистые выделения из наружных половых путей.

Общее состояние больной при поступлении удовлетворительное. Сознание ясное, физически активна. При ходьбе щадит живот. В положении лежа на спине боли в животе уменьшаются. Кожные покровы чистые, бледные. Язык суховат, с серым налетом, температура тела  $37.0^{\circ}$ . Пульс 100 ударов в минуту. АД 110/70 ртутного столба. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Живот симметричен, активно участвует в дыхании. Пальпация живота поверхностная и глубокая - безболезненная. Перитонеальные симптомы, симптомы Ровзинга, Ситковского, Бартомье – Михельсона, Раздольского отрицательные. Симптом Коупа /вызывается болезненным натяжением внутренней запирающей мышцы/ положительный. Аускультация и перкуссия - без патологии. Вагинальное и ректальное исследование: Резкая болезненность кармана Дугласа и наличие инфильтрата полости малого таза.

Результаты лабораторных и инструментальных методов исследования:

Общий анализ крови: эритроциты  $4,0 \cdot 10^{12}$ /л, Нв 158 г/л. Лейкоциты  $9 \cdot 10^9$  /л, п/я -14%, СОЭ 10 мм/ч, сахар крови -5,0 ммоль/л, амилаза – 18 г/л х ч,

общий анализ мочи: мутная, удельный вес 1005.0, L - 20-30 в поле зрения, эритроциты сплошь в поле зрения, белок- 0,05 г/л.

Обзорная рентгеноскопия – ОБП – без патологии;

УЗИ органов брюшной полости, органов малого таза, мочевыводящих путей: в правой подвздошной области определяется верхний полюс инфильтрата, уходящий в полость малого таза.

#### Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

## ЗАДАЧА № 72

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

В приемное отделение ЦРБ на машине скорой помощи из пассажирского поезда Адлер-Москва доставлен 60 - летний мужчина, возвращавшийся с семьей после летнего отдыха.

Направительный диагноз врача скорой помощи острая кишечная инфекция.

При поступлении пациент предъявлял жалобы на: увеличение в объеме живота, задержку газов, частый жидкий стул с примесью крови, сопровождающийся резью внизу живота, озноб, тошноту, позывы на рвоту, снижение аппетита. На протяжении последних 3 месяцев отмечал диспептические явления / метеоризм, изжога, ослабленный стул с примесью слизи, сменяемый запорами/, которые связывал с участвовавшими командировками и нерегулярным питанием. Находясь на отдыхе, употреблял большое количество фруктов, овощей. Большую часть времени проводил на открытом воздухе, много плавал. Функция кишечника восстановилась, чувствовал себя здоровым. Возвращаясь из отпуска поездом, обильно поужинали с семьей: ели фрукты, жареную курицу. Ночью проснулся от чувства распирающего характера болей по всему животу. Беспокоил метеоризм и частая дефекация жидким кишечным содержимым в небольших количествах с примесью темной крови и слизи. Жаловался на болезненные позывы к стулу.

Общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное, активен. Кожные покровы бледные. Пульс 102 в минуту, ритмичный. АД 130/80 мм ртутного столба. Дыхание в легких везикулярное, ослабленное над нижними отделами. Частота дыхания 16 в минуту. Живот равномерно увеличен во всех отделах, в дыхании участвует, симметричен. Следов хирургических вмешательств, последствий травм на передней брюшной стенке нет. При поверхностной пальпации живота напряжения мышц не выявлено. Перитонеальные симптомы отрицательные. Провести качественно глубокую пальпацию живота не удастся из-за подвздутия живота и болезненности над всеми его отделами. При этом пальпируется болезненное урчание, наполненное жидким содержимым образования в правом нижнем квадранте живота. Аускультативно: усиленная перистальтика кишечника. Ректально: тонус жома снижен. Зияние ампулы прямой кишки. Исследование безболезненное, на перчатке следы кала со слизью и мазки темной крови.

### Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

### ЗАДАЧА № 73

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной 25 лет с направленным диагнозом от участкового терапевта «Острый панкреатит? Острый гастрит?» обратился в приемное отделение дежурного стационара с жалобами на неприятные ощущения в эпигастрии постоянного характера, тошноту, отрыжку, задержку стула. Газы отходят свободно.

Заболел за 2-3 часа до обращения: проснулся ночью от боли в эпигастрии. Общее состояние пациента удовлетворительное. Активен, сознание ясное. Кожные покровы чистые, влажные. Язык подсушен, с серым налетом. Температура тела 37,1. Пульс 96 в минуту; ритмичный. АД 130/80 мм ртутного столба. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет.

Живот активно участвует в акте дыхания, симметричен. Напряжение брюшной стенки не выявляется. Глубокая пальпация живота выявляет неубедительную болезненность в мезо-гипогастрии справа. Перистальтика кишечника выслушивается. Газы отходят. Per rectum: тонус сфинктера сохранен. Исследование безболезненное, на перчатке мазки кала обычного цвета и консистенции.

*Результаты предварительного обследования.* Общий анализ крови: эритроциты –  $4,3 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобин 140г/л, лейкоциты  $9,3 \cdot 10^9$ /л, палочкоядерные – 12%, СОЭ – 10мм/час

Биохимический анализ крови: глюкоза – 5,0ммоль/л, диастаза – 100Ед.

Обзорная рентгеноскопия ОБК: - без патологии. УЗИ органов брюшной полости: - без патологии.

ФГДС – недостаточность кардии, гастро-эзофагеальный рефлюкс

#### **Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

#### ЗАДАЧА № 74

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

На станцию “скорой помощи” поступил вызов: отравление уксусной эссенцией.

Прибыв на “адрес” врач скорой помощи обнаружил пациентку 22 лет, которая с суицидной целью выпила 100 грамм уксусной эссенции. Больная беспокойна, продуктивному контакту не доступна. Громко стонет. На подбородке, губах раневые ожоговые поверхности. Кожные покровы бледные. Частота дыхания 26 в минуту, одышка смешанная. Пульс 120 в минуту. АД 90/60 мм ртутного столба. Дальнейшее обследование невозможно из-за беспокойного поведения больной. С целью снятия боли врач скорой помощи сделал инъекцию кетарола и транспортировал больную в дежурное терапевтическое отделение. По пути следования усилилась одышка, появился акроцианоз. Функция дыхания поддерживается вдыханием увлажненного кислорода. В приемном отделении состояние больной расценено как крайне тяжелое. Обращала на себя внимание выраженная одышка со стридорозным дыханием до 40 в минуту, акроцианоз. Дыхание в легких резко ослаблено с обеих сторон, выслушиваются множественные мелкопузырчатые хрипы.

Рс 130 ударов в минуту, АД 95/60 мм ртутного столба. Живот мягкий, на пальпацию живота не реагирует.

Перистальтические кишечные шумы выслушиваются отчетливо.

Общий анализ крови: Гемоглабин -135 г/л. Эритроциты  $4,0 \cdot 10^{12}/л$

Гематокрит 42%, ЦП-1,0, лейкоциты  $16,6 \cdot 10^9/л$ , п/я-4%, с/я-60%, эозинофилы -2%, мочевины 10,0 ммоль/л, креатинин 1000мкмоль/л. Билирубин общий 30 мкмоль/л, прямой – 2,1 мкмоль.

Общий анализ мочи: эритроциты гемолизированные в поле зрения сплошь.

#### Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?



### ЗАДАЧА № 75

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной 54 лет доставлен в приемный покой хирургического отделения на распространенные боли по всему животу.

Из анамнеза установлено, что в течение последних 2-х недель проходил амбулаторное обследование по месту жительства по поводу периодических болей в левой подвздошной области, проходящих после акта дефекации. Больного беспокоили частые эпизоды вздутия живота, тошнота, отрыжка воздухом, горечь во рту. Частые запоры чередовались с поносами. Эти жалобы появились у пациента примерно в течение 1 года с тенденцией к ухудшению. В период амбулаторного обследования пациенту выполнена колоноскопия, при которой в сигмовидной кишке выявлены участки, похожие на внутренние отверстия дивертикулов. Врач, проводящий исследование, в заключении отметил, что толстая кишка недостаточно подготовлена и рекомендовал пациенту в последующем выполнить виртуальную колоноскопию. Это исследование больной не успел выполнить из-за развившегося ухудшения.

Накануне поступления в хирургический стационар внезапно на фоне эпизода вздутия живота возникли острые боли в левой подвздошной области, которые быстро приняли распространенный по всему животу характер. Ночью дважды была рвота. Перестали отходить газы.

При осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Пульс 90 уд. в мин. АД 130/90 мм рт. ст. Температура 37,6 град С. Живот в акте дыхания не участвует, немного вздут. При пальпации определяется умеренная болезненность по всему животу. Левая боковая часть живота умеренно напряжена, здесь вызывается нечеткий симптом Щеткина-Блюмберга. В левой подвздошной области пальпируется опухолевидное образование 10x12 см, трудно смещаемое, очень болезненное. Печеночная тупость сохранена. Перистальтика слабо выслушивается. В боковых отделах живота определяется свободная жидкость. Пальцевое исследование прямой кишки выявило болезненное нависание ее передней стенки

В результатах лабораторных исследований обращает на себя внимание количество лейкоцитов в крови:  $12,0 \times 10^9$  Ед/л.

### Вопросы:

1. О каком заболевании вероятнее всего идет речь у этого пациента?
2. Какое осложнение развилось у больного в период обострения настоящего заболевания?
3. Для уточнения диагноза какое исследование имеет смысл провести в неотложном порядке?
4. Нуждается ли больной в срочной операции и почему?
5. Какой объем операции следует планировать ?

### ЗАДАЧА №76

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

На прием к хирургу обратилась пациентка 69 лет с жалобами на полную непроходимость пищевода для пищи, отсутствие мочи, жажду.

Из анамнеза заболевания выяснено следующее: Около 6 недель назад пациентка приняла таблетку лозап и случайно запила ее глотком прозрачной жидкости, оказавшейся нашатырным спиртом. Почувствовала сильную боль в горле, першение и затруднение дыхания. За медицинской помощью не обратилась. Промыла желудок ресторанным методом проточной водой и теплым молоком. На следующий день сохранялись боли в горле, отмечалось болезненное проглатывание пищевого комка, осиплость голоса. Обратилась на прием к участковому терапевту: даны рекомендации питаться дробно, хорошо механически обработанной пищей и запивать каждый глоток жидкостью, в этот же день больная осмотрена лор-врачом, констатировавшим фибринозный фарингит, ларингит. Дан совет по использованию масляных ингаляций. Пациентка скрупулезно выполняла полученные рекомендации. Через 6-7 суток отметила значительное улучшение, а еще через неделю все проявления приведенной выше клиники полностью прошли. Около 2 недель назад больная ощутила застревание проглоченного пищевого комка на уровне яремной вырезки. После запивания глотком воды ощущения застревания прекратились. Но вскоре возникла упорная прогрессирующая дисфагия. Около недели по пищеводу стала плохо проходить вода, а в последние сутки отмечает полную дисфагию. За время заболевания потеря массы тела составила около 10% (13кг).

Общее состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное, кожные покровы чистые, тургор кожи снижен, акроцианоз. Язык обложен белым налетом, температура тела нормальная, пульс 108 ударов в минуту, АД 100/60 мм рт.ст. ЦВД отрицательное. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Газы отходят свободно. Стул отсутствует на протяжении 4 суток. Не мочилась на протяжении последних 12 часов.

Результаты лабораторных методов исследования: Общий анализ крови: Hb 160 г/л. эритроциты  $5,1 \cdot 10^{12}/л$ . гематокрит 51%. Лейкоциты  $-6,0 \cdot 10^9/л$ . общий белок 72 г/л. общий анализ мочи: нет мочи.

#### Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

### ЗАДАЧА № 77

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

В приемный покой доставлена женщина 55 лет, предъявляющая жалобы на нестерпимые боли в левом плече и предплечье, сопровождающиеся слабостью и онемением пальцев кисти. Эти симптомы появились около 5 часов назад без видимых причин. Интенсивность болей постоянная. Три года назад больная перенесла ОНМК, протекавшее в форме обратимого левостороннего гемипареза. Отмечает появление в последний год отеков на нижних конечностях к концу дня. В анамнезе у больной остеохондроз поясничного и грудного отделов позвоночника.

Объективно: ЧСС - 150 уд/мин, пульс - 100 уд/мин, аритмичный. Дефицит пульса - 50. АД - 160/90 мм.рт.ст. При аускультации сердца определяется диастолический шум на верхушке, усиление I тона, акцент I тона на а. pulmonalis. Печень по краю реберной дуги, безболезненная. Асимметрии верхних конечностей нет. Сохранена только пассивная подвижность пораженной руки, сила левой кисти значительно снижена, левая кисть холоднее правой. Отсутствует пульс на артериях предплечья.

#### **Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

### ЗАДАЧА №78

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной Г., 72 лет, поступил в хирургический стационар с жалобами на боли в животе схваткообразного характера, тошноту, рвоту, задержку стула и газов. Заболел 2 дня назад. Из анамнеза: около 20 лет страдает паховой грыжей (слева), был оперирован по этому поводу 8 лет назад, однако через год после операции наступил рецидив ее. Болеет геморроем. Периодически лечится у терапевта поликлиники по поводу ИБС, гипертонической болезни. 10 лет назад перенес инфаркт миокарда.

При осмотре – состояние тяжелое. Вял, адинамичен, дыхание учащено до 26-28 в мин. Температура тела – 37,3°C. Пульс 108 в мин., ритмичный. АД – 120/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. В легких дыхание ослабленное везикулярное. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот равномерно вздут, при пальпации – мягкий, болезненный в мезо- и гипогастрии. Здесь же нерезко выраженные симптомы раздражения брюшины. В паховой области слева имеется послеоперационный рубец. Здесь же определяется плотное опухолевидное образование размерами 12×8×7 см, не смещаемое и резко болезненное при пальпации. Кожа над ним не изменена. При пальцевом ректальном исследовании определяются внутренние геморроидальные узлы и увеличенная предстательная железа.

- Анализ крови: Эр. – 4,2 Т/л, Нв – 148 г/л, лейкоциты – 15,8 Г/л, п. – 19, с. – 64, л. – 12, м. – 5. СОЭ – 55 мм/ч.

- Анализ мочи: уд. вес – 1019, белок – 0,16 г/л, лейкоциты 4-6-8 в п/зр., цилиндры гиалиновые 0-1 в п/зр., бактерии ++.

- Глюкоза крови: 6,2 ммоль/л. - Билирубин: 20 мкмоль/л.

- ЭКГ: Синусовая тахикардия 110 в мин. Мелкоочаговые изменения в перегородочной области. Выраженные диффузные изменения и гипоксия миокарда.

- Обзорная рентгенография живота и грудной клетки: единичные чаши Клойбера.

#### Вопросы:

1. Ваш диагноз (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Какую лечебную тактику Вы выбираете?
3. При выборе хирургического метода лечения имеется ли необходимость в предоперационной подготовке? Объем и продолжительность ее?
5. Какую операцию Вы считаете наиболее адекватным в данном случае?
6. Во время операции при вскрытии грыжевого мешка выявлено ущемление тонкой кишки. Кишка черного цвета. Каковы Ваши дальнейшие действия? Объем операции?
7. Охарактеризуйте основные принципы лечения больного после операции.
8. Назовите возможные в послеоперационном периоде осложнения у больного.

### ЗАДАЧА № 79

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

У больной 45 лет, страдающей много лет варикозной болезнью вен нижних конечностей, за неделю до поступления в клинику появились боли, покраснение, уплотнение по ходу поверхностных вен в верхней трети голени, повышение температуры. Лечилась амбулаторно. Были назначены постельный режим, антибиотики, местно - повязка с мазью Вишневского. Положительного эффекта не было. Госпитализирована.

Общее состояние удовлетворительное. Отека и цианоза конечности нет. На внутренней поверхности ее по ходу варикозно расширенных вен определяется гиперемия, пальпируется болезненный тяж до средней трети бедра. Пальпация сосудистого пучка выше зоны - безболезненная. При исследовании с меченым фибриногеном - 125 обнаружено накопление радиоиндикатора на всем протяжении большой подкожной вены, вплоть до паховой складки.

#### **Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

### ЗАДАЧА № 80

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

У тучной больной 54 лет на седьмой день после лапаротомической холецистэктомии, по поводу острого холецистита, появились боли в обеих икроножных мышцах. На следующий день после подъема с кровати возникла внезапная одышка до 30 в мин., тахикардия 120 - 130 уд/мин.

На ЭКГ политопное нарушение питания субэндокардиальных отделов миокарда, признаки перегрузки правых отделов сердца, АД не устойчивое, наблюдается выраженная склонность к гипотонии. Пульс на стопах сохранен, выражена болезненность по ходу сосудистого пучка на правом бедре и в подколенной ямке.

При осмотре - расширение границ сердца вправо, акцент II тона на легочной артерии, цианоз верхней половины туловища. Выражен отек и цианоз правой нижней конечности до паховой складки.

При лабораторном обследовании Д-димер более «1», явление гиперкоагуляции крови.

#### **Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

### ЗАДАЧА № 81

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная М., 34 лет, поступила в хирургическое отделение с жалобами на боли в животе, больше в правой половине, тошноту. Заболела около 16 ч. назад, когда после еды возникли сильные боли около пупка и в эпигастральной области, тошнота., 3 раза был жидкий стул. Занималась самолечением: промывала желудок, принимала внутрь таблетки но-шпы. Боли в животе уменьшились, локализовались в правой половине живота. Обратилась за медицинской помощью в приемное отделение больницы и госпитализирована. В прошлом подобных приступов не было. В анамнезе – операция по поводу внематочной беременности (3 года назад). Последние 2 года лечилась в женской консультации по поводу воспаления матки и придатков, мастопатии. Находитесь на диспансерном учете в течение многих лет по поводу ревматизма, митрального порока сердца. При поступлении в стационар состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы бледные. Температура тела 37,7°C. Пульс 92 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. При аускультации сердца выслушивается хлопающий 1 тон и диастолический шум над верхушкой. В легких ослабленное везикулярное дыхание. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот правильной формы, не вздут. Внизу живота имеется послеоперационный рубец (после гинекологической операции). При пальпации живота определяется напряжение мышц и выраженная болезненность в правой подвздошно-паховой области. Положительны симптомы раздражения брюшины. В остальных отделах живот мягкий, умеренно болезнен в нижних отделах при глубокой пальпации.

#### **Вопросы:**

1. Ваш диагноз при госпитализации больной (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Каков Ваш послеоперационный диагноз, исходя из интраоперационных изменений?
3. Какие клинические симптомы важны для постановки диагноза и дифференциальной диагностики этого заболевания? Охарактеризуйте их.
4. Каков алгоритм обследования больной при поступлении в отделение?
5. Какова тактика лечения?
6. Каковы принципы ведения больной после операции?

## ЗАДАЧА № 82

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная жалуется на боль в области ушной раковины, ощущение жара, жжения, повышение температуры и общее недомогание. Неделю назад оцарапала кожу ушной раковины шпилькой, после чего несколько дней держалась боль в области царапины. Два дня назад боль усилилась и распространилась на всю ушную раковину, кожа ее стала пунцовой, ушная раковина увеличилась в размерах. Вчера повысилась температура, появилась головная боль. Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 38,5. Отоскопически: резкая гиперемия, инфильтрация кожи ушной раковины, распространяющаяся на околоушную область. Гиперемированный участок окружен линией демаркации. Кожа наружных отделов слухового прохода также гиперемирована, несколько инфильтрирована, отделяемого нет, барабанная перепонка не изменена.

### Задание:

1. Выделить синдромы;
2. сформулировать предварительный диагноз;
3. составить план дополнительного обследования для уточнения диагноза;
4. назначить лечение;
5. провести экспертизу  
трудоспособности;



### ЗАДАЧА №83

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

У больной признаки варикозной болезни, варикозного расширения в бассейне БПВ. Больная предъявляет жалобы на наличие извитых расширенных подкожных вен в течении 10 лет на обеих нижних конечностях, - на появление в течение последних семи дней болей в проекции медиальной поверхности правого бедра в верхней трети. При осмотре правой нижней конечности определяется ствол варикозной трансформированной вены по медиальной поверхности правого бедра, гиперемии кожи над ней до 1/3 бедра. При пальпации вена определяется в виде плотного болезненного тяжа.

#### **Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Какие обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Тактика хирурга?

## ЗАДАЧА № 84

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная У. 63 лет поступила в хирургическое отделение с жалобами на умеренные боли внизу живота схваткообразного характера, иррадиирующие в крестец, вздутие живота, неотхождение газов, отсутствие стула в течение 3-х суток.

Заболевание развивалось постепенно, больная страдает запорами в течение многих лет, подобные состояния в последний год были несколько раз, но разрешались после очистительной клизмы.

Общее состояние больной удовлетворительное, температура нормальная, пульс 68 в мин, язык обложен белым налетом, влажный. Живот вздут, при пальпации незначительно болезненный. Выслушивается "шум плеска", при перкуссии - высокий тимпанит. При ректальном исследовании - ампула прямой кишки пуста, сфинктер расслаблен. При попытке поставить сифонную клизму - жидкость, после введения ее в количестве 350 мл, изливается обратно.

### Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План обследования, методы верификации диагноза?
3. Какие местные и общие критерии заболевания необходимо определить?
4. Назовите возможные радикальные операции?
5. Метода паллиативного лечения?
6. Задачи диспансерного наблюдения?

### ЗАДАЧА № 85

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной 19 лет жалуется на сильные головные боли, боли при глотании, иррадиирующие в оба уха, боли в суставах конечностей и пояснице. Заболел остро накануне, температура тела достигает 39-40 градусов.

При осмотре: регионарные шейные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации. Рот открывает свободно, язык обложен сероватым налетом, небные миндалины увеличены в объеме, гиперемированы, на слизистой оболочке миндалин видны желтоватые точки.

#### **Задание:**

1. сформулировать предварительный диагноз;
2. назначить лечение;
3. возможные осложнения заболевания.

## ЗАДАЧА № 86

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Мужчина 53 лет поступил в хирургическое отделение в плановом порядке с жалобами на чувство тяжести в эпигастральной области, тошноту, отрыжку, рвоту пищей съеденной накануне. В анамнезе в течение 20 лет страдает язвенной болезнью ДПК, по поводу чего неоднократно лечился в условиях стационара. Четыре года назад перенес операцию (ушивание прободной язвы), после чего в течении последних 2 лет стали нарастать указанные жалобы. Похудел на 7 кг., аппетит хороший, но в последнее время принимать пищу боится из-за рвоты. Объективно: состояние удовлетворительное. Пониженного питания. Кожный покров сухой, тургор снижен. Пульс 82 в минуту, ритмичный, АД 130/80 мм.рт.ст. В легких хрипов нет. Язык влажный. Живот не вздут, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Определяется «шум плеска», аускультативно увеличение желудка. Перистальтика отчетливая, склонность к запорам.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. О каком осложнении заболевания вы думаете?
3. Какие инструментальные и лабораторные исследования необходимо выполнить больному для подтверждения диагноза и выбора последующей тактики?
4. Лечебно - диагностическая тактика.
5. Рекомендации при выписке, трудоспособность.

### ЗАДАЧА №87

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной А., 45 лет. Доставлен в реанимационное отделение из операционной. Больному проведена лапаротомия по поводу деструктивного инфицированного панкреатита. При поступлении состояние больного крайне тяжелое. Сохраняется умеренная постнаркотическая депрессия. АД 80/40 мм рт. ст., тахикардия 120 уд/мин. По данным лабораторного исследования крови: НЬ- 77 г/л, лейкоциты 14, палочкоядерных 44 %, уровень молекул средней массы - 0,766 у.е., лейкоцитарный индекс интоксикации 6,7. Диурез составляет 15 мл/час, калий плазмы 2,6 ммоль/л.

#### **Задание:**

1. выделить ведущие синдромы, определяющие тяжесть состояния;
2. составить план дополнительного исследования;
3. составить план проведения детоксикационной терапии и провести коррекцию волевических нарушений.

### ЗАДАЧА № 88

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная К., 46 лет, доставлена в хирургическое отделение с жалобами на схваткообразные боли в животе, вздутие живота, тошноту, рвоту, одышку.

Заболела сутки назад, когда во время физнагрузки появились схваткообразные боли в животе. Интенсивность болей увеличилась, появились тошнота, рвота. В связи с ухудшением состояния СМП доставлена в хирургический стационар.

В анамнезе операции - аппендэктомия 10 лет назад и холецистэктомия - 2 года назад. Страдает много лет хроническим пиелонефритом, находится на учете у гинеколога по поводу миомы матки. На протяжении последних шести лет находится под наблюдением терапевта по поводу аортального порока сердца.

Состояние больной средней степени тяжести. Кожа и видимые слизистые бледноваты. Температура тела 36,2°C. Пульс ритмичный, 110 в минуту. АД 130/80 мм. рт. ст. Тоны сердца приглушены, определяется грубый систолический шум. В легких – дыхание ослабленное, везикулярное. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот вздут, симметричный, при пальпации мягкий, умеренно болезненный во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Аускультативно определяются единичные перистальтические шумы кишечника. Стул 2 суток назад, газы не отходят. Дизурических явлений нет.

- **Общий анализ крови:** Эр.-3,8 Т/л, Нв-110 г/л, ЦП-0,9, л.-10,5 Г/л, п/я-12, с/я-58, э.-2, л.-25, м.-3, СОЭ-25 мм/ч.

- **Общий анализ мочи:** уд. вес - 1010, белок - 0,15 г/л, эр. - 1-0-0 в п/зр., лейкоциты - 8-10-12, цилиндры гиалиновые - 0-0-1, бактерии - ++.

- Глюкоза крови: 5,2 ммоль/л.

- **ЭКГ** - синусовый ритм 105 в минуту, отклонение электрической оси влево, признаки гипертрофии левого желудочка с умеренной перегрузкой. –

При **обзорной рентгенографии** брюшной полости определяются выраженная пневматизация кишечника, единичные «чаши Клойбера» в илеоцекальной зоне и в проекции 2 поясничного позвонка.

#### Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз? С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику в первую очередь?
2. Какова тактика ведения больной при госпитализации?
3. Из каких мероприятий складывается комплексная консервативная терапия при данной патологии? Какова продолжительность проведения консервативного лечения в данном наблюдении и какие критерии определяют необходимость оперативного вмешательства?
4. Какое оперативное вмешательство применяют при часто рецидивирующей форме этого заболевания?

### ЗАДАЧА № 89

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной 40 лет обратился к хирургу с жалобами на распирающую боль в области мизинца правой руки. Трое суток назад уколол палец гвоздем, тогда же рану обработал раствором йода. Постепенно интенсивность болей нарастала, появился выраженный отек тканей всего пальца.

Объективно отмечается отечность и болезненность 5 пальца правой кисти, на ладонной его поверхности в области основной фаланги имеется рана 2x2 мм, покрытая коркой. Движения в пальце ограничены из-за усиливающейся при этом боли.

Вопросы:

1. Варианты диагноза?
2. Какие условия необходимо соблюдать при лечении данной патологии?
3. Какой вид оперативного вмешательства целесообразен в данной ситуации?
4. Развитие каких осложнений возможно при данном заболевании?
5. Определите трудоспособность.

## ЗАДАЧА № 90

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной С., 58 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в животе, тошноту, рвоту, задержку стула и газов. Заболел 3 дня назад, во время выполнения физической работы.

В анамнезе – аденома предстательной железы, правосторонняя паховая грыжа (в течение 10 лет). 6 лет назад перенес инфаркт миокарда, наблюдается и лечится у терапевта поликлиники по поводу ИБС, постинфарктного кардиосклероза, гипертонической болезни.

При поступлении в стационар состояние больного тяжелое. Вял, адинамичен, температура тела 38,0°C. Одышка до 30 в минуту. Пульс 110-120 ударов в минуту, аритмичный. АД – 100/70 мм рт. ст. (рабочее давление 160-170/90 мм рт. ст.). Тоны сердца приглушены, аритмичны. В легких – ослабленное дыхание. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот равномерно вздут, в акте дыхания не участвует, при пальпации отмечается резкая болезненность в нижних отделах, перистальтика кишечника не прослушивается. В мезо- и гипогастрии определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Печень ниже реберной дуги на 2-3 см. В правой пахово-подвздошной области определяется плотное, болезненное, опухолевидное образование размерами 12×8 см. Кожа над ним гиперемирована. При пальцевом ректальном исследовании патологических образований в прямой кишке нет, определяется увеличенная предстательная железа.

- **анализ крови:** лейкоциты –  $14,2 \times 10^9$  /л, п/я – 16, с/я – 69, СОЭ – 46 мм/ч, глюкоза крови – 4,6 ммоль/л. - **анализ мочи:** реакция кислая, уд. вес – 1018, белок – 0,16 г/л, лейкоциты – 8-10 в п/зр.

### Вопросы:

1. Ваш диагноз (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Какие дополнительные исследования следует произвести больному до оперативного вмешательства?
3. Какова, на Ваш взгляд, лечебная тактика?
4. Имеется ли необходимость в предоперационной подготовке? Какова ее цель, объем и продолжительность?
5. В чем особенность оперативного вмешательства, если принято решение об операции?
6. Перечислите этапы операции у больного в необходимой последовательности?
7. Какими критериями Вы будете пользоваться при выполнении резекции кишки?
8. Определите основные принципы ведения больного после операции: режим, объем инфузионной и медикаментозной терапии, удаление дренажей, снятие швов.
9. Перечислите наиболее вероятные послеоперационные осложнения в конкретном наблюдении.



## ЗАДАЧА № 91

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной К., 46 лет поступил в приемное отделение больницы с жалобами на слабость, головокружение, однократную потерю сознания, рвоту по типу «кофейной гущи» дважды, темный жидкий стул на протяжении последних двух дней. Из анамнеза известно, что последние 5 дней находился на амбулаторном лечении по поводу бронхита. Принимал антибиотики, аспирин, отхаркивающую микстуру. В течение последних 2 дней появилась нарастающая слабость, мелькание «мушек» перед глазами, темный жидкий стул, дважды рвота «кофейной гущей», холодный липкий пот. Родственники отметили бледность кожных покровов. На протяжении последних пяти лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. При осмотре: Кожные покровы бледные, пульс слабого наполнения 120 в мин., артериальное давление 80/20 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. В легких влажные проводные хрипы. Живот умеренно болезненный в эпигастральной области. Per rectum – мелена.

### Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз.
2. Лечебно – диагностическая тактика?
3. В каких дополнительных методах обследования нуждается больной?
4. Определите тяжесть волеических нарушений.
5. Алгоритм дальнейших действий по лечению больного?

### ЗАДАЧА № 92

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больному 62 года. Неделю назад был гипертонический криз. Общее самочувствие сейчас неплохое, но беспокоит появившийся туман перед левым глазом.

Объективно: правый глаз - острота зрения 1,0. Передний отрезок глазного яблока не изменен. Среды прозрачны. На глазном дне: диск зрительного нерва не изменен. Извитость и расширение вен в парамакулярной области, сужение артериол. Симптом Салюса - Гунна 1-И. Отдельные точечные гемorragии в парапапиллярной зоне.

Левый глаз - острота зрения 0,4 (не корректируется). Передний отрезок глазного яблока не изменен. Среды прозрачны. Диск зрительного нерва не изменен, границы четкие. Вены слегка расширены и извиты, артерии сужены, неравномерного калибра, местами сосуды имеют вид «сосисок». Симптом Салюса - Гунна II-III. Отдельные сосуды имеют вид серебряной или медной проволоки. Мелкие гемorragии по глазному дну и дисторические очаги.

#### **Задание:**

1. выделите основные симптомы заболевания;
2. какие основные лабораторные данные можно назначить для подтверждения диагноза; поставьте диагноз;
3. у какого специалиста должен лечиться больной;
4. назначьте лечение.

### ЗАДАЧА № 93

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной С., 39 лет, доставлен в стационар с жалобами на боли в нижних отделах живота. Из анамнеза – двое суток назад отметил появление болей в животе. Постепенно боли локализовались в правой подвздошной области. Больной занимался самолечением, за медицинской помощью не обращался.

Состояние средней степени тяжести, в сознании, кожа с землистым оттенком, черты лица заострены, Т 38,5, ЧДД 24, пульс 118 в минуту, АД 100/60 мм.рт.ст., язык сухой, живот равномерно вздут, напряжен и болезнен больше в нижних отделах, там же определяются перитонеальные симптомы. Перистальтика вялая, перкуторно – притупление в боковых отделах живота. В анализе крови: Эр.-3,9 x 10<sup>12</sup>/л, гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты – 17,5 x 10<sup>9</sup>/л, выражен сдвиг лейкоцитарной формулы влево, токсическая зернистость нейтрофилов. Лейкоцитарный индекс интоксикации равен 4.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Объем дополнительного обследования.
3. Какова возможная причина развития данной патологии в конкретном случае?
4. Тактика хирурга. Обоснование выбора оперативного доступа и объема операции
5. Необходимость и объем предоперационной подготовки.
6. Особенности ведения послеоперационного периода.

#### ЗАДАЧА № 94

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной 50 лет отмечает, что после падения с велосипеда потерял сознание. Был доставлен машиной «Скорая помощь» в нейрохирургическое отделение. После того, как пришел в себя, обнаружил, что появилось двоение, правый глаз хуже видит, а веко этого глаза опущено.

Объективно: верхнее веко правого глаза опущено, глазное яблоко неподвижно и отклонено кнаружи, зрачок расширен и его реакция на свет отсутствует. На глазном дне отмечается расширение и извитость вен. На Rn-грамме видна трещина основания черепа. Кожная чувствительность лба и параорбиты понижена.

#### **Задание:**

1. выделите симптомы заболевания;
2. сформулируйте основной синдром;
3. у какого специалиста должен лечиться больной.

### ЗАДАЧА № 95

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная К., 72 лет поступила в хирургическое отделение через 12 часов после начала заболевания с жалобами на резкие боли в подложечной области и правом подреберье, однократную рвоту желчью, сухость, горечь во рту. Рвота была 2 часа назад, не приносящая облегчения.

Из анамнеза установлено, что в течение года больную периодически беспокоят ноющие боли в правом подреберье, которые больная связывает с употреблением жирной, жареной, соленой, острой пищи. Не обследовалась, за медицинской помощью не обращалась, лечилась в домашних условиях, принимала спазмолитики, без эффекта.

Объективно: общее состояние тяжелое. Тучная. Кожный покров и склеры слегка иктеричны. Пульс 102 в минуту, ритмичный. АД 100/60 мм.рт.ст. Одышка до 22-23 в минуту. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, при пальпации напряжен и резко болезненный в правом подреберье и эпигастрии. Положительные симптомы Ортнера и Мерфи. Кишечные шумы выслушивается, ослаблены. Перитонеальных симптомов нет. Желчный пузырь не пальпируется. Т тела 37,2, в крови лейкоцитоз ( $11,8 \times 10^9/\text{л}$ ) с умеренным сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

#### **Вопросы:**

1. О каком заболевании у больной можно думать?
2. Какие дополнительные лабор. и инструмент. методы исследования Вы назначите при подтверждении диагноза?
3. Ваша тактика:
  - A. Консервативная терапия.
  - B. Оперативное лечение (характер, сроки выполнения)
4. Осложнения заболевания.
5. Экспертиза трудоспособности

### ЗАДАЧА № 96

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Молодой человек 24 лет, доставлен через сутки после начала заболевания с жалобами на общую слабость, рвоту цвета кофейной гущи.

Больным себя считает с армии, когда стал отмечать периодически возникающие весной и осенью «голодные» боли в эпигастрии. Лечился самостоятельно. Ухудшение последние две недели, когда появились боли в эпигастрии, которые уменьшились после приема альмагеля. Два дня назад заметил дегтеобразный стул. Объективно общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые бледно-розового цвета, пульс 96 в минуту, ритмичный, АД 110/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, при пальпации незначительно болезнен в эпигастрии и справа. Перистальтика хорошая, стул темного цвета. В крови: Эр 3,5 x 10<sup>12</sup>/л, Нв – 100 г/л.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Какое осложнение возможно у больного?
3. Какие необходимые инструментальные и лабораторные методы обследования следует выполнить?
4. Алгоритмы Ваших действий.
5. Принципы консервативной терапии.
6. Показания к оперативному лечению и возможные его варианты.
7. Ваши рекомендации при выписке.

### ЗАДАЧА № 97

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Рядовой М., 26 лет. Доставлен в МПП через 3 часа после ранения груди осколком снаряда. На МПБ плевральная полость была дренирована иглой. Состояние тяжелое. Чувство удушья и сдавления в правой половине груди. Дышит часто, поверхностно. Пульс слабый, 140 в минуту. Рана в 5 межреберье по задней подмышечной линии, диаметром 2 см, сосет воздух. В 7 межреберье по задней подмышечной линии введена толстая инъекционная игла, фиксированная лейкопластырем. Через иглу воздух не идет. Перкуторно ниже 7 межреберья притупление, выше звук тимпанический. Сердечная тупость смещена влево.

#### **Вопросы:**

1. Ваш диагноз.
2. Оцените качество дренирования плевральной полости на МПБ.
3. Каким образом правильно дренировать плевральную полость именно в данном случае, не имея под руками вообще ничего?
4. Каким образом улучшить качество дренирования на МПП вашему раненому?
5. Перечислите все мероприятия, показанные раненому на МПП при оказании помощи в полном объеме.

### ЗАДАЧА № 98

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Ефрейтор З., 28 лет. Во время взрыва завален обвалившимся потолком. Через 4 часа доставлен на МПП. Жалуется на боли в спине и отсутствие движений и чувствительности в ногах. Состояние средней тяжести. Пульс 82 удара в минуту, качественный. Определяется выступающие остистого отростка 2 поясничного позвонка. Надавливание на него болезненно. Двигать ногами не может, чувствительность в них отсутствует. Живот умеренно болезнен над лоном. Там же притупление перкуторного звука. Перистальтика кишечника живая. Не мочился.

#### Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Перечислите мероприятия полного объема помощи на МПП.
3. Куда, в какую очередь и в каком положении следует эвакуировать пострадавшего из МПП
4. Каков прогноз для возвращения его в строй?



### ЗАДАЧА №99

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Сержант Г., 23 года. Получил сквозное пулевое ранение левого бедра с переломом кости. Их большого выходного отверстия было значительное кровотечение. На месте травмы была наложена давящая повязка, сделана инъекция шприцом-тюбиком. Нога фиксирована двумя досками. В МПП привезен через 50 минут после ранения. Состояние тяжелое, бледен, пассивен к окружающему. Пульс 110 ударов в минуту, слабый, АД 85/40. Нога фиксирована двумя досками, доходящими вверху до тазобедренного сустава. Бедро деформировано в средней трети, стопа повернута внутрь. Повязка на бедре значительно промокла кровью.

#### **Вопросы:**

1. Диагноз.
2. Каким образом следует провести обезболивание перелома бедра?
3. Оцените качество транспортной иммобилизации. Чем ее осуществить в условиях МПП?
4. Каким способом остановить продолжающееся умеренное кровотечение из раны бедра?

### ЗАДАЧА №100

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Лейтенант И., 25 лет. Во время артобстрела был придавлен бревном в области таза. В МПП доставлен через 3 часа после травмы. Жалобы на боли в области лона, распространяющиеся боли в нижней половине живота, позывы к мочеиспусканию и невозможность последнего. Имеются кровоподтеки над лоном и в левой паховой области. Там же резкая боль при пальпации. Живот мягкий, но над лоном определяются контуры растянутого мочевого пузыря. Из уретры выделяется небольшое количество крови.

#### **Вопросы:**

1. Диагноз.
2. Следует ли произвести катетеризацию мочевого пузыря?
3. В какую очередь и в каком положении эвакуировать пострадавшего в ОМедБ?
4. Какое хирургическое вмешательство сделают на этапе квалифицированной хирургической помощи?

### ЗАДАЧА №101

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Пациент 45 лет, по профессии программист, обратился к участковому врачу с жалобами на боли в эпигастральной области, преимущественно натощак и в ночное время, заставляющие его просыпаться, а также на почти постоянную изжогу, чувство тяжести и распирания в эпигастральной области после приёма пищи, изжогу, отрыжку кислым, тошноту. Из анамнеза известно, что пациент много курит, злоупотребляет кофе, питается нерегулярно. Часто бывают обострения хронического фарингита. Болен около трех лет. Не обследовался, лечился самостоятельно (принимал фитотерапию). При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ 32,0 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура тела нормальная. Зев – миндалины, задняя стенка глотки не гиперемированы. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет, симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. ЭФГДС: пищевод свободно проходим, утолщены продольные складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода, кардия смыкается не полностью. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые, в просвете небольшое количество окисленной крови. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметре. Края дефекта имеют чёткие границы, гиперемированы, отёчны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями. Постбульбарные отделы без патологии.

#### **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какое лечение и где Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.
5. Какова вероятность хирургического лечения? Возможные виды операций?

### ЗАДАЧА №102

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная С. 47 лет на приёме терапевта по поводу постоянных, усиливающихся после погрешностей в диете болей в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину, похудание.

В 40-летнем возрасте перенесла холецистэктомию по поводу калькулезного холецистита. Через полгода после операции появились почти постоянные, усиливающиеся после погрешностей в диете боли в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину. При применении спазмолитиков и при соблюдении диеты самочувствие улучшалось. Последние 1,5-2 года присоединился практически постоянный неоформленный стул, стала терять вес (похудела на 8 кг за 2 года). На протяжении этого же времени возникал зуд промежности, стала больше пить жидкости, участились мочеиспускания.

При осмотре состояние больной удовлетворительное. Телосложение правильное, незначительно повышенного питания. Рост – 175 см, вес – 90 кг, ИМТ – 29 кг/м<sup>2</sup>. Голени пастозны. При сравнительной перкуссии лёгких определяется лёгочный звук. Аускультативно дыхание жёсткое, проводится во все отделы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС=80 уд/мин, АД - 156/85 мм рт. ст. Язык влажный, у корня обложен белым налётом. При поверхностной пальпации живота отмечается некоторая болезненность в эпигастрии и в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой пальпации пальпируется сигмовидная кишка в виде умеренно подвижного безболезненного цилиндра, диаметром 1,5 см. Имеется болезненность в зоне Шоффара. Положительный симптом Керте, симптом Мейо-Робсона. При перкуссии живота — тимпанит. Размеры печени по Курлову – 15х13х11 см. Печень выступает из-под рёберной дуги на 3-4 см, край умеренной плотности, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

#### Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Поражение какого органа можно предположить, и с чем это связано?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту.
4. Определите тактику лечения больного.
5. Показания к хирургической операции?

### ЗАДАЧА №103

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной К. 43 лет, поступил в приёмное отделение с жалобами на слабость, периодически повторяющиеся ознобы, тупые боли в правом подреберье, эпигастрии.

Считает себя больным в течении 2 недель. За две недели до этого перенёс аппендэктомию по поводу острого гангренозного аппендицита. Выписан после операции с субфебрильной температурой тела.

При осмотре кожные покровы бледные. Пульс частотой 86 в минуту. Температура тела 38,3 С. Живот обычной формы, при пальпации определяется болезненность в верхних отделах живота. Печень на 3 см. ниже рёберной дуги.

При УЗИ органов брюшной полости в правой доле (VI –VII сегменты) определяется жидкостное образование без выхода на контур органа диаметром 50 мм. Его содержимое- густая жидкость. В просвете желчного пузыря определяется конкремент диаметром 2 см, общий желчный проток 4 мм в диаметре.

#### Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Причина появления жидкостного образования в печени?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту.
4. Определите тактику лечения больного.
5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

#### ЗАДАЧА №104

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больной П., 35 лет, в течение 2 недель проводилось лечение в терапевтическом стационаре по поводу обострения язвенной болезни 12-перстной кишки. 3 дня назад появились боли в области промежности, усиливающиеся при дефекации и мочеиспускании. Начала жаловаться на слабость, ознобы. Температура повысилась до 38,5°C. Переведена с этими жалобами в хирургическое отделение больницы для дальнейшего лечения. Из анамнеза: больная страдает геморроем около 8 лет. Применяет слабительные средства, свечи (отмечает склонность к запорам). Язва 12-перстной кишки выявлена впервые 5 лет назад, лечилась по этому поводу в терапевтическом стационаре 2 раза.

При осмотре: состояние удовлетворительное, пониженного питания. Кожные покровы чистые. Пульс 96 в мин., ритмичный. АД – 130/70 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот, мягкий безболезненный при пальпации. В области промежности кожа нормальной окраски. Пальпаторно – справа от ануса определяется инфильтрация тканей и умеренная болезненность. При пальцевом ректальном исследовании определяются увеличенные внутренние геморроидальные узлы. На правой стенке прямой кишки, выше гребешковой линии, определяется ее инфильтрация, сглаженность складок слизистой оболочки. Исследование резко болезненно. –

*Анализ крови:* Эр. 3,8 Т/л, Нв. – 138 г/л, лейкоциты – 16,2 Г/л, п. – 18, с. – 60, л. – 16, м. – 4. СОЭ – 48 мм/ч.

- *Анализ мочи:* уд. вес – 1016, белок – 0,12 г/л, сахара нет, лейкоциты – 4-6-8 в п/зр., эр. – 2-4 в п/зр. - *Глюкоза крови:* 5,1 ммоль/л. –

ЭКГ: Синусовая тахикардия 100 в мин. Горизонтальное положение ЭОС. Признаки гипоксии миокарда. - ФГДС: рубцующаяся язва луковицы 12-перстной кишки. Гастрит с очаговой атрофией слизистой.

#### **Вопросы:**

1. Ваш диагноз при поступлении больной в хирургическое отделение (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Какие дополнительные исследования (лабораторные, инструментальные) Вы считаете необходимыми для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями приходится иногда дифференцировать имеющуюся у больной патологию?
4. Кратко охарактеризуйте анатомические особенности прямой кишки (отделы ее, протяженность).
5. Какую тактику лечения Вы выбираете? В случае оперативного лечения – каковы объем операции, возможные варианты?

### ЗАДАЧА №105

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

В стационар поступил больной К. 50 лет с жалобами на боли в верхних отделах живота, больше натощак. Из анамнеза выяснено, что два года назад ему выполнена антральная резекция желудка по Б-П по поводу язвенной болезни. Через год произведена трансторакальная стволовая ваготомия в связи с обнаружением пептической язвы анастомоза. Проведя обследование через шесть месяцев, вновь обнаружили пептическую язву соустья, которая зажила после курса современной терапии. В связи с очередным обращением больного выполнена ФГС, обнаружена пептическая язва гастроэнтероанастомоза. При рентгеноскопии желудка обнаружили большую культю желудка.

#### **Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Причина рецидива пептической язвы и с чем это связано?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту?
4. Определите тактику лечения больного.
5. Возможное хирургическое лечение?

## ЗАДАЧИ ПО АКУШЕРСТВУ И ГИНЕКОЛОГИИ

Государственная итоговая аттестация  
Направление подготовки (специальность)  
**31.05.01 «Лечебное дело»**

### ЗАДАЧА №1

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

К врачу акушеру гинекологу на прием пришла пациентка С., 32 года.

Жалоб активно не предъявляет.

В анамнезе – не замужем, беременностей 0. Имеет постоянного партнера, предохраняется от нежелательной беременности барьерным методом. Принимает антидепрессанты, прописанные клиническим психотерапевтом. Отмечает периодическое появление прозрачных выделений из сосков, циклическую двухстороннюю мастодинию, дисменорею - по этому поводу не обследовалась и не лечилась.

Из соматической патологии – курит 1\2 пачки сигарет в день. Из перенесенных заболеваний – детские инфекции, аппендэктомия в 18 лет без осложнений, разрыв кисты правого яичника в 19 лет, по поводу чего проводилась его лапароскопическая резекция.

Семейный анамнез – прабабушка умерла в молодом возрасте от рака молочной железы.

Туберкулез, ИППП, инфекционные гепатиты отрицает.

Менархе в 14 лет, менструации регулярные, через 21 день, по 3-5 дней скудные, болезненные.

В настоящее время 6 день менструального цикла.

Объективно: повышенного питания, ИМТ 33, по органам и системам без патологии.

Гинекологическое исследование – наружные половые органы без патологии, оволосение по женскому типу. Влагалище свободное, слизистая розового цвета, шейка матки коническая, чистая, наружный зев точечный. Матка отклонена кзади, не увеличена, подвижная, мышечной консистенции, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, своды влагалища свободные, безболезненные. Выделения слизистые, умеренные.

Осмотр и пальпация молочных желез:

Осмотр - молочные железы в асимметричные, правая больше левой, кожные покровы не изменены, сосудистый рисунок не изменен, ареолы пигментированы, соски обычной формы, симметричные, интрамаммарная область без особенностей.

Пальпация в положении стоя и лежа – в обеих позициях апикальные, надключичные и подмышечные лимфоузлы не пальпируются. При пальпации правой молочной железы в 3 квадранте на 5 часах определяются участки уплотнений, которые не имеют четких границ и определяются в виде тяжелой, мелкой зернистости, умеренно болезненные. Левая молочная железа при пальпации без патологии. Выделения из обоих сосков прозрачные.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. В соответствии с предварительным диагнозом назначьте план обследования пациентки
3. Опишите критерии BI-RADS 2 при маммографическом исследовании
4. Какой риск рака молочной железы у данной пациентки? Нужна ли ей трепан биопсия?
5. Назначьте и обоснуйте лечение при условии, что у пациентки маммографическая и ультразвуковая картина правой молочной железы соответствует BI-RADS2



## ЗАДАЧА №2

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Дежурный врач роддома приглашен акушеркой в отделение патологии беременных. Беременная Н., 32-х лет, жалуется на уменьшение шевеления плода в течение последних двух дней, сегодня после обеда шевеление плода не ощущает; час назад появились периодические схватки через 5 минут, мало болезненные.

Из анамнеза выяснено, что данная беременность вторая, первая беременность 3 года назад закончилась стремительными срочными родами, ребенок родился в состоянии тяжелой асфиксии, отстаёт в физическом и психическом развитии, наблюдается у невролога.

Данная беременность желанная, в женской консультации наблюдалась регулярно. В раннем сроке беременности перенесла ОРВИ. Госпитализирована три дня назад в сроке 37-38 недель по поводу отеков беременной. При ультразвуковом исследовании, проведенном вчера, было выявлено, что по менструации срок беременности соответствует 38 неделям, по фетометрии плод соответствует 35 неделям; маловодие (амниотический индекс 10 при норме от 12 до 20); уменьшение толщины плаценты.

Беременная курит на протяжении всей беременности, пачки сигарет хватает на 2 дня.

Объективно: Состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, отеки на нижних конечностях. Беременная несколько возбуждена, обеспокоена состоянием ребенка. Пульс 88 уд/мин, удовлетворительного наполнения, АД 130/80 мм рт. ст. Размеры таза 24-27-29-18 см. Окружность живота 95 см, высота стояния дна матки 32 см. Родовая деятельность – схватки через 5 минут, по 15 секунд, малоболезненные. Матка вне схваток в нормотонусе, безболезненная. Положение плода продольное. Предлежит головка плода, находится над входом в малый таз. Сердцебиение плода глухое, ритмичное с частотой 130 уд/мин, с эпизодами урежения сердцебиения после схватки до 105 уд/мин.

PV: влагалище рожавшей, шейка укорочена до 0,5см, цервикальный канал пропускает 4 см. Плодный пузырь цел, наливается во время схватки. Головка плода неплотно прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа у лона. Мыс не достигается, таз емкий, экзостозов нет. Выделения светлые, слизистые.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Вероятные причины осложнения.
3. Необходимые исследования, подтверждающие диагноз.
4. Лечебная тактика.

### ЗАДАЧА №3

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная И., 28 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на задержку менструации в течение 4 недель, ноющие боли внизу живота, скудные кровяные выделения из половых путей в течение 2-х дней.

Из анамнеза установлено: менархе с 15 лет, установились через 6 месяцев, по 3-4 дня, умеренные, безболезненные, цикл 30 дней. Последняя нормальная менструация началась 8 недель назад. Половая жизнь с 20 лет, последние 6 месяцев от беременности не предохранялась (ранее с целью контрацепции использовала презервативы). Три года назад первая беременность закончилась медицинским абортом, который осложнился метроэндометритом, потребовавшим стационарного лечения.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Слизистые розового цвета, влажные. Пульс 72 уд в мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 120/80 мм рт. ст., температура тела 36,7°C. Со стороны дыхательной, сердечно-сосудистой, мочевыводящей систем патологии не выявлено. Живот мягкий, участвует в акте дыхания, при пальпации болезненный в нижних отделах, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Стул регулярный. Мочеиспускание свободное, не учащено.

Гинекологическое исследование: шейка матки и слизистая влагалища цианотичные, выделения светлые, в обычном количестве. Шейка матки коническая, отклонена кзади, наружный зев замкнут, щелевидный. Влагалище нерожавшей женщины. Матка в типичном положении, увеличена до 6 недель беременности, при пальпации легко возбудима, отмечаются положительные симптомы Снегирева, Пискачека, Гентера. Придатки с обеих сторон не пальпируются. Своды глубокие, безболезненные.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Опишите симптомы Снегирева, Пискачека, Гентера.
3. Объем исследований, необходимых для уточнения диагноза.
4. Возможные причины развития осложнений.
5. Тактика врача и необходимый объем лечения.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

### ЗАДАЧА №4

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Беременная С., 28 лет, доставлена в роддом машиной скорой помощи в 2 часа ночи с жалобами на кровотечение из влагалища; слабость. Других жалоб нет.

Из анамнеза выяснено, что данная беременность пятая, желанная. В анамнезе одни срочные нормальные роды. Затем три медицинских аборта, последний осложнился эндометритом на фоне остатков плодного яйца. С данной беременностью при сроке 6 недель в связи с мажущими кровянистыми выделениями лечилась в гинекологическом отделении, которое покинула самовольно из-за семейных обстоятельств. В дальнейшем периодически отмечала скудные кровяные выделения из влагалища, однако не придавала им значения, врачу женской консультации об этом не говорила.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы умеренно бледные, чистые, пульс 92 уд/мин, удовлетворительного наполнения, АД 100/60 мм рт. ст. на обеих руках. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный, перитонеальных знаков нет. Матка овоидной формы с четкими контурами, безболезненная, в нормальном тоне, соответствует 31 недели беременности.

Родовой деятельности нет. Положение плода косое, сердцебиение приглушенное, ритмичное, 140 уд/мин. В области пупартовых связок выслушивается дующий шум, совпадающий с пульсом матери. На подкладной пятно алой крови до 10 см в диаметре.

Вопросы:

1. Выделите синдромы.
2. Диагноз и его обоснование.
3. Назовите все возможные причины вагинального кровотечения у беременной.
4. Последовательность мероприятий при оказании неотложной помощи. Каковы ожидаемые результаты при обследовании?
5. Оцените прогноз для матери и плода.
6. Возможные варианты акушерской тактики при данной патологии. От каких моментов она будет зависеть?

### ЗАДАЧА №5

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Первобеременная М., 19 лет, доставлена в приемное отделение родильного дома машиной скорой помощи с жалобами на общую слабость, головокружение, постоянные боли в животе, незначительные кровяные выделения из половых путей; отсутствие шевеления плода в течение часа.

Из анамнеза выяснено, что болевой синдром беспокоит около 6 часов, шевеление плода не ощущает, считает, что срок беременности 38 недель. Беременность желанная, на учете в женской консультации состоит с ранних сроков беременности. С 28 недель беременности выявлена артериальная гипертензия (АД 150/90 мм рт. ст.), от антигипертензивной терапии отказалась.

Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, конечности холодные. Пульс 120 уд/мин, слабого наполнения, АД 90/60 мм рт. ст. Высота стояния дна матки 39 см, окружность живота 98 см. Матка с четкими контурами, напряжена, болезненная при пальпации, больше в области правого тубного угла. Предлежит головка плода, прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода не выслушивается.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка матки длиной до 1,5 см, мягкая, внутренний зев пропускает фалангу пальца, плодный пузырь цел, напряжен. Предлежит головка, прижата ко входу в таз. Пальпации доступны верхний край лонного сочленения и внутренняя поверхность лона. Мыс крестца не достигается, таз емкий. Выделения незначительные, темно-кровяные.

Вопросы:

1. Выделите синдромы.
2. Диагноз и его обоснование.
3. Подсчитайте индекс Альговера (шоковый индекс).
4. С какой акушерской патологией следует провести дифференциальную диагностику?
5. Чем обусловлено развитие осложнения и какие мероприятия необходимо в данной ситуации выполнить безотлагательно?
6. Какие лабораторные исследования следует произвести?
7. Определите тактику ведения больной.
8. Назовите возможные объемы оперативного вмешательства при данной патологии.

## ЗАДАЧА №6

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Бригада скорой помощи вызвана на дом к беременной 34 лет. Пациентка лежит на кровати, жалуется на головную боль, боли в эпигастрии, тошноту. Жалобы беспокоят вторые сутки, усилились сегодня утром.

Из анамнеза выяснено, что настоящая беременность у женщины 5, нежеланная, на учете в женской консультации не состоит. Роды предстоят вторые. Первая беременность закончилась родами 14 лет назад, остальные беременности - медицинскими абортами без осложнений. Дату последней менструации не помнит, на вопросы отвечает вяло, заторможена.

Вчера появилась заложенность носа, осиплость голоса, периодически «как бы туман перед глазами», периодически «тяжесть» в голове. В связи с этим был вызван на дом участковый терапевт, который в амбулаторной карте отметил, что у беременной бледное, одутловатое, лицо, веки отечные. На голенях небольшие отеки. АД 130/100 мм рт. ст. Дно матки на середине между пупком и мечевидным отростком. В зеве небольшая гиперемия задней стенки глотки. Диагноз - ОРВИ. Рекомендации - полоскать горло отваром ромашки, закапывать в нос «Галазолин».

Объективно – состояние тяжелое, заторможена, следов инъекций на теле нет. Кожные покровы телесные; отеки на нижних конечностях, лице, передней брюшной стенке. Пульс 80 уд/мин, АД 180/120 мм рт. ст. на обеих руках. Язык влажный, чистый. Высота стояния дна матки 34 см. Матка в нормотонусе, безболезненная при пальпации. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. ЧСС плода 140 уд/мин, сердцебиение приглушенное, ритмичное.

Врачом скорой помощи сделана инъекция дибазола и папаверина, беременная транспортирована в приемное отделение родильного дома. В приемном отделении во время измерения артериального давления акушеркой у больной появились мелкие фибриллярные подергивания мышц лица, «перекосились» глаза, закатились и стали видны белки глазных яблок, зрачки расширились. В этот момент в приемное отделение подошел дежурный врач.

Вопросы:

1. Выделите синдромы.
  2. Предположительный диагноз, его обоснование.
  3. Требуется ли данная патология неотложной помощи и в каком объеме?
  4. Какой должна быть дальнейшая тактика?
  5. Определите объем обследования при поступлении. За какими параметрами следует вести мониторинг в дальнейшем?
  6. Перечислите основные компоненты интенсивной терапии при данном осложнении беременности.
  7. Нуждается ли беременная в досрочном родоразрешении? Если да, то когда следует его провести? Какой метод родоразрешения Вы считаете оптимальным.

### ЗАДАЧА №7

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Родильница К., 26 лет, 4-е сутки послеродового периода, вечерняя температура 37,0<sup>0</sup>С. Жалуется на общую слабость, познабливание, головную боль, тяжесть внизу живота.

Из анамнеза известно, что две предыдущие беременности у родильницы закончились медицинским абортом, последний осложнился эндометритом. Данная беременность третья, протекала с клиникой угрожающего выкидыша, трижды лечилась в стационаре по поводу многоводия. Роды преждевременные в сроке гестации 36 недель, осложнились родовым излитием околоплодных вод. Родилась девочка весом 2200г, длиной 43 см с оценкой по Апгар 6 баллов. Педиатры подозревают у новорожденного внутриутробную инфекцию.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, умеренно бледные. На щеках румянец, видимые слизистые суховаты. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 18 в минуту. Пульс 90 уд/мин, удовлетворительного наполнения. Температура тела 38,4<sup>0</sup>С. АД 110/60 мм рт. ст. Язык влажный, умеренно обложен беловатым налетом. Живот мягкий, не вздут, безболезненный, перитонеальных знаков нет. Печень не увеличена. Мочеиспускание не нарушено. Мочи, со слов женщины, достаточно. Стул был утром, оформленный.

Гинекологическое исследование: наружные половые органы без патологии. Слизистая влагалища не изменена, шейка матки формируется, пропускает 1 палец. Матка «тестоватой» консистенции, чувствительная при пальпации, дно ее на 3 см ниже пупка. Выделения из половых путей кровяные, мутные, в значительном количестве, с неприятным запахом.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз и его обоснование.
2. Необходимый объем обследования.
3. Общие принципы лечения. Напишите лист назначений.
4. Факторы риска.
5. Профилактика.

### ЗАДАЧА №8

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

В приемное отделение обратилась беременная Н., 17 лет, с жалобами на нерегулярные ноющие боли в нижней части живота, которые появились после незначительной физической нагрузки (делала уборку в квартире).

Из анамнеза выявлено, что данная беременность вторая, желанная, на учете в женской консультации состоит с ранних сроков. Первая беременность закончилась самопроизвольным выкидышем полгода назад в сроке 12 недель. Настоящая беременность, со слов, протекает без патологии. Менархе в 15 лет, менструации не регулярные. Половая жизнь с 14 лет, замужем 1 год. От беременности не предохранялась. Курит 1\2 пачки в день.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, положение активное, телосложение астеничное. ИМТ 14. Кожные покровы телесные, отеков нет. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Размеры костного таза – 23-25-27-18 см. Матка соответствует 29 неделям беременности, с четкими контурами, плотная, при пальпации чувствительная, легко возбудимая. Положение плода неустойчивое, сердцебиение ритмичное, 150 уд/мин.

Данные влагалищного исследования: наружные половые органы гипопластичные, оволосение по женскому типу. Влагалище нерожавшей, свободное. Шейка матки длиной до 0,5 см, расположена центрально, мягкая, наружный зев пропускает фалангу пальца, внутренний – кончик пальца. Предлежащая часть высоко. Мыс не достигается. Экзостозов нет. Выделения светлые, слизистые.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Назовите факторы риска преждевременных родов
3. Патогенез возникшего осложнения.
4. Определите объем обследования.
5. Назначьте лечение, напишите лист назначений.

### ЗАДАЧА №9

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

В родильный дом доставлена бригадой скорой помощи из пригородного поселка роженица Р., 32 лет, находящаяся в родах 19 часов.

Из анамнеза выяснено, что на момент осмотра врачом безводный промежуток составляет 20 часов. Настоящая беременность пятая, предстоящие роды – третьи. Данная беременность нежеланная, на учете в женской консультации не состояла. В течение 2-х часов потуги через 1-1,5 минуты по 60 сек, интенсивные.

Объективно: роженица крайне беспокойна, кричит, держится за живот. Лицо гиперемировано. Частота дыхания 21 в минуту. Пульс 98 уд/мин, удовлетворительного наполнения. АД 130/80 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Не мочилась в течение 3-х часов.

Размеры таза: 25-30-31-17 см. Окружность живота 100 см, ВДМ 41 см. Положение плода продольное, головка фиксирована во входе в таз. Признак Вастена положительный. Сердцебиение плода глухое, ритмичное с частотой 88 уд/мин. Нижний сегмент матки истончен, болезненный при пальпации, контракционное кольцо на уровне пупка, имеет косое направление. Матка напоминает по форме «песочные часы».

Влагалищное исследование: открытие зева полное, края шейки отечные, свисают во влагалище. Головка фиксирована во входе в таз, пальпации доступны верхний край лона и внутренняя поверхность лонного сочленения. На головке большая родовая опухоль, которая не позволяет определить положение швов и родничков.

Врач отдал распоряжения о подготовке к операции кесарево сечение и переводе роженицы в операционную. Во время транспортировки состояние роженицы резко ухудшилось. Она побледнела, покрылась холодным потом, заторможена. Пульс нитевидный, до 120 уд/мин, АД 70/40 мм рт. ст. Контуры матки нечеткие, сердцебиение плода не выслушивается, части плода легко пальпируются через переднюю брюшную стенку.

Вопросы:

1. Диагноз на момент поступления в клинику и его обоснование.
2. Какое осложнение возникло? Определите тактику ведения роженицы.
3. Патогенез возникшего осложнения.
4. План неотложных мероприятий.

### ЗАДАЧА №10

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

В приемное отделение «скорой помощи» из дома доставлена повторнородящая О., 26 лет, с регулярной родовой деятельностью в течение 3-х часов. Во время транспортировки в приемное отделение у роженицы отошли воды. Жалуется на схватки, подтекание из половых путей околоплодных вод.

Из анамнеза выявлено, что данная беременность 3, первая беременность 5 лет назад закончилась медицинским абортom, без осложнений; вторая – родами. Данная беременность желанная, женскую консультацию посещала регулярно. Течение беременности осложнилось угрозой прерывания в раннем сроке.

Объективно: рост 165 см, вес 76 кг. Общее состояние удовлетворительное, кожные покровы телесные, отеков нет. АД 120/80 мм рт. ст., пульс 80 уд/мин. Матка соответствует доношенной беременности, высота стояния дна матки 38 см, окружность живота 104 см. Положение плода продольное, предлежит головка, неплотно прижата ко входу в малый таз. Размеры таза 23-26-28-18 см. Родовая деятельность: схватки через 4 минуты по 30 секунд, умеренные, малоболезненные. ЧСС плода 100 уд/мин, сердцебиение приглушенное, ритмичное.

Влагалищное исследование: влагалище свободное. Шейка матки в виде кольца, сглажена, открытие 8 см. Плодный пузырь отсутствует, во влагалище петли пульсирующей пуповины. Головка неплотно прижата ко входу в малый таз, малый родничок слева у лона, стреловидный шов в правом косом размере. Мыс не достижим. Подтекают светлые околоплодные воды.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Прогноз для матери и плода, предположительная масса плода.
3. План ведения родов и лечебная тактика.
4. Возможные последствия для плода перенесенной в родах гипоксии.



### ЗАДАЧА №11

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная А., 29 лет, поступила в гинекологическую клинику с жалобами на боли внизу живота, общую слабость, повышение температуры до 38°C, сукровично-гнойные выделения из половых путей.

Анамнез заболевания: три дня назад, в гинекологическом отделении проведен медицинский аборт в сроке 9 недель беременности. Ушла из стационара в тот же день самовольно.

Менструальная функция не нарушена. Половая жизнь с 20 лет, в браке, имела пять беременностей, две из которых закончились срочными родами, три – медицинскими абортами. Последняя беременность 2 года назад, закончилась медицинским абортom, который осложнился воспалительным процессом матки и придатков, лечилась в гинекологическом стационаре. Не предохраняется.

При объективном исследовании патологии со стороны внутренних органов не выявлено.

Гинекологическое исследование: наружные половые органы сформированы правильно. Слизистая влагалища гиперемирована. Шейка матки цилиндрической формы, смазана гнойными выделениями, наружный зев замкнут, из цервикального канала сукровично-гнойные выделения. Матка в правильном положении, увеличена до 5 недель условной беременности, неоднородной консистенции, болезненная при пальпации. Придатки без пальпаторных изменений. Выделения из половых путей сукровично-гнойные.

#### ВОПРОСЫ:

1. Предварительный диагноз.
2. Какие анализы необходимо провести для уточнения этиологии воспалительного процесса?
3. Каковы принципы лечения?
4. Контрацепция после медицинского аборта.

## ЗАДАЧА №12

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная В., 27 лет, поступила в гинекологическую клинику с жалобами на боли внизу живота, подвздошных областях, больше справа, общую слабость, повышение температуры до 39°C, тошноту, однократную рвоту.

Анамнез заболевания: заболела остро, на третий день после проведения рентгенологического обследования маточных труб в связи с бесплодием.

Ранее почти ежегодно лечилась в гинекологических отделениях по поводу воспалительного процесса гениталий. Нарушения менструальной функции не было. Имела одну беременность, которая закончилась медицинским абортом десять лет назад. В последующем беременности не было, от беременности не предохраняется.

Объективно: патологии со стороны внутренних органов не выявлено. Кожа и видимые слизистые бледноватые. Язык сухой, обложен беловатым налетом. Пульс 110 уд. в мин. Т 39°C. Живот мягкий, болезненный над лоном, подвздошных областях. Положительные симптомы раздражения брюшины в месте болезненности.

Гинекологический статус: наружные половые органы сформированы правильно. Слизистая влагалища гиперемирована. Шейка матки конической формы, не эрозирована. Матка несколько увеличена, неоднородной консистенции, отклонена кзади, ограниченно подвижная, болезненная. Справа в области придатков пальпируется образование величиной 3x7 см, резко болезненное, неоднородной консистенции, ограничено в подвижности. Слева придатки четко не определяются, пальпация болезненная. Выделения гнойные.

### ВОПРОСЫ:

1. Выделите синдромы
2. Предварительный диагноз.
3. План ведения и лечения пациентки.
4. Тактика врача.

### ЗАДАЧА №13

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная А., 27 лет, экономист, поступила в гинекологическую клинику с жалобами на боли внизу живота, кровяные выделения из половых путей мажущего характера. Из анамнеза выявлено, что кровяные выделения появились сегодня утром. Считает себя беременной, сроком 6 недель, беременность, не планируемая, желанная. Половой жизнью живет с 18 лет. Замужем с 21 года. В браке имела 4 беременности, которые закончились 1 срочными родами и 3 медикаментозными абортными в сроки до 9 недель беременности. Менструации с 16 лет, регулярные. Последняя менструация 3 недели назад. Гинекологические заболевания отрицает. Объективно - Кожа и слизистая бледно-розового цвета, органы грудной клетки без отклонений от нормы. Пульс 80 ударов в мин., ритмичный, хорошего наполнения. АД 120/80, температура 36,8 гр. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Гинекологический статус: наружные половые органы сформированы правильно. Слизистая вульвы и влагалища цианотичная. Влагалище узкое, шейка матки конической формы, зев замкнут. Матка соответствует 5-ти недельной беременности, мягкой консистенции, подвижная, безболезненная. Придатки без пальпаторных изменений. Выделения коричневатого цвета, мажущего характера.

#### ВОПРОСЫ:

1. Установите клинический диагноз.
2. Какие методы обследования необходимо назначить пациентке?
3. Назовите возможные варианты локализации беременности.
4. Какая тактика ведения показана пациентке?

### ЗАДАЧА №14

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Беременная В., 23-х лет, обратилась с жалобами на чувство тяжести внизу живота и в поясничной области, кровомазанье, появившееся в течение суток.

Из анамнеза выяснено, что в детстве часто болела простудными заболеваниями. Менструации с 14 лет, через 35-38 дней, болезненные, скудные, длительностью 2-3 дня, установились через один год. Последняя менструация два месяца назад. Половая жизнь в течение 2-х лет. Беременность первая.

Объективно: со стороны сердца, легких, ЖКТ, почек патологии не выявлено. Рост 155 см, масса тела 48 кг.

Влагалищное исследование: наружные половые органы сформированы по женскому типу, шейка матки конической формы, до 4 см, наружный зев закрыт, тело матки увеличено до размеров гусиного яйца, плотноватой консистенции, безболезненное, придатки не пальпируются. Выделения из влагалища кровяные, скудные.

#### ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Вероятные причины возникшего осложнения.
3. Необходимые дополнительные исследования.
4. Принципы лечения.

### ЗАДАЧА №15

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Первобеременная В., 20 лет, поступила в отделение патологии беременности. Дата поступления 5 ноября.

Сопутствующих заболеваний у беременной не выявлено.

Менструации с 14 лет по 5-7 дней через 28 дней, умеренные. Последняя менструация 30 января. Дату первого шевеления плода не помнит.

Из анамнеза выяснено, что в связи с настоящей беременностью врача посещала редко, поскольку считала, что беременность протекает без осложнений. Женщина является студенткой.

Объективно: состояние удовлетворительное. ОЖ 92 см, ВДМ 37 см. Положение плода продольное, слева пальпируется площадка, справа – мелкие бугорки, меняющие положение при пальпации, над входом в малый таз определяется округлая ballotирующая часть, прижатая к лону. Сердцебиение плода выслушивается слева ниже пупка, ритмичное, ясное с частотой 132 уд/мин.

Лабораторно: в общем анализе крови гемоглобин 97 г/л, остальные лабораторные показатели в пределах нормальных значений.

#### ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование
2. Определите предлежание, вид, позицию и предполагаемую массу плода
3. Составьте план ведения

### ЗАДАЧА №16

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Роженица К., 30 лет, поступила в санпропускник с родовой деятельностью. Настоящая беременность первая, наступила на первом году после начала половой жизни. Беременность протекала без осложнений. На приеме в женской консультации два дня назад (беременность 38<sup>+3</sup> недель).

Объективно: состояние удовлетворительное. Рост 156 см, вес 46 кг. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. ОЖ 100 см, ВДМ 37 см. Размеры таза – 26-27-32-21 см.

Положение плода продольное. Головка не определяется. Сердцебиение плода ритмичное, ясное с частотой 130 уд/мин. Роженица тужится, потуги по 50 сек через 2 минуты.

При вагинальном исследовании: шейка матки и плодный пузырь не определяются, головка плода в узкой части полости малого таза, стреловидный шов в правом косом размере. Выделения слизисто-сукровичные.

#### ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Предполагаемая масса плода.
3. Тактика ведения родов.
4. Физиологическая кровопотеря в родах.

### ЗАДАЧА №17

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная Г., 48 лет, предъявляет жалобы на обильные длительные менструации по 8-9 дней, безболезненные. Считает себя больной в течении последнего года, когда менструации стали обильными и более длительными. Лечилась самостоятельно, принимала отвар крапивы, настойку водяного перца. Последний раз у гинеколога на приеме была пять лет назад.

Из анамнеза: менархе с 14 лет, установились сразу, по 3-4 дня через 30 дней, безболезненные. Замужем с 22 лет, беременностей – 4, из них один роды и три медицинских аборта, последняя беременность семь лет назад закончилась медицинским абортom, без осложнений. В течение последних лет от беременности не предохраняется.

Гинекологический статус: влагалище свободное. Шейка матки цилиндрической формы, чистая. Матка увеличена до 13 недель беременности, плотная, бугристая, в подвижности ограничена. Придатки с обеих сторон не увеличены, область их безболезненна. Своды свободные. Выделения кровяные, обильные.

#### ВОПРОСЫ:

1. Предварительный диагноз.
2. Дополнительные методы обследования.
3. Перечислите методы остановки маточного кровотечения. Предпочтительный метод остановки кровотечения в данном случае.
4. Наметьте план ведения и лечения пациентки на будущее.
5. Опишите типы миоматозных узлов согласно классификации FIGO.

### ЗАДАЧА №18

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная А., 32 года обратилась в женскую консультацию с жалобами на посткоитальные кровяные выделения из половых путей в течение последних трех месяцев. Четыре года назад обследовалась в женской консультации по поводу эктопии шейки матки, взят мазок на атипические клетки методом жидкостной цитологии (по результатам выявлен HSIL), выявлено носительство ВПЧ 16 и 18 типов, однако в связи со сменой места жительства пациентка дальнейшее обследование не продолжила, в женскую консультацию на прием не явилась.

Из анамнеза: менструальная функция с 12 лет, не нарушена. Половая жизнь с 16 лет, вне брака. Имела 5 беременностей, 2 родов, в первых родах разрыв шейки матки, 3 медицинских аборта в сроке 10-12 недель. Контрацепция барьерная.

При влагалищном исследовании: определяется увеличенная, плотная, бугристая шейка матки. Матка и придатки, параметральная клетчатка без патологических изменений. При осмотре в зеркалах – на шейке матки определяется опухоль в виде «цветной капусты», кровоточащая при контакте. При осмотре отмечается появление обильных кровяных выделений из опухоли.

#### ВОПРОСЫ:

1. Предварительный диагноз.
2. Дополнительные методы обследования.
3. Оказание экстренной помощи в случае развития кровотечения с шейки матки.
4. Первичная профилактика рака шейки матки.



### ЗАДАЧА №19

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная А., 58 лет, предъявляет жалобы на кровяные выделения из половых путей.

Постменопауза 5 лет. АД 150/90 мм рт. ст. Масса тела 92 кг, рост 150 см. В анамнезе – менструации с 10 лет, по 7 дней, обильные, безболезненные. Половая жизнь с 20 лет, в браке. Беременностей - 8, родов 2, 6 - медицинских аборт. Гинекологические заболевания – отрицает.

При влагалищном исследовании: наружные половые органы и влагалище с атрофическими изменениями. Слизистая влагалища легко ранима. Шейка матки без патологических изменений. Матка несколько увеличена, мягковатой консистенции, в правильном положении, подвижная, безболезненная. Параметрии свободные. Выделения кровяные умеренные.

#### ВОПРОСЫ:

1. Предварительный диагноз.
2. Дополнительные методы обследования врача в женской консультации и стационаре.
3. Наметьте план ведения и лечения пациентки.
4. Можно ли после лечения рекомендовать пациентке менопаузальную гормональную терапию?

## ЗАДАЧА №20

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная А., 26 лет, обратилась с жалобами на бели.

Длительный период времени беспокоят периодические бели из половых путей, неоднократно лечилась в женской консультации по поводу воспалительного процесса.

Наследственность не отягощена.

Менструальная функция: менструации с 12 лет, по 5 дней через 28 дней, регулярные, безболезненные. Половая жизнь с 23 лет, в браке. Контрацепция: барьерная. Беременностей – 0. При проведении бактериоскопического исследования отделяемого из половых органов часто определялась 3 степень чистоты влагалища. Гинекологические заболевания отрицает.

При осмотре шейки матки при помощи зеркал – поверхность слизистой вокруг наружного зева резко гиперемирована, «зернистая», деформирована старыми разрывами, поверхность покрыта гнойными выделениями, имеется выворот цилиндрического эпителия на эктоцервикс. При влагалищном исследовании – шейка матки обычной консистенции, наружный зев замкнут. Матка и придатки без особенностей. Выделения – гнойные.

### ВОПРОСЫ:

1. Предварительный диагноз.
2. Тактика ведения пациентки врачом женской консультации.
3. Лечение пациентки.
4. Первичная профилактика рака шейки матки.

## ЗАДАЧА №21

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная А., 26 лет, доставлена машиной скорой помощи с жалобами на резкие боли внизу живота, озноб, повышение температуры.

Из гинекологических заболеваний отмечает хронический сальпингоофорит в течение 6 лет с частыми обострениями, по поводу которого неоднократно лечилась в стационаре. Заболела несколько дней назад после переохлаждения.

Менструации с 12 лет по 5 дней через 30 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация в срок.

При поступлении: состояние средней степени тяжести, обусловленное интоксикационным синдромом. Пульс 90 ударов в минуту, температура 38,2°C. Язык влажный, слегка обложен беловатым налетом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации болезненный в нижних отделах, симптомов раздражения брюшины нет.

При гинекологическом исследовании – смещение за шейку матки резко болезненно. Тело матки нормальных размеров, ограничено подвижно, чувствительно при пальпации. Правые придатки не определяются, пальпация болезненная. Слева и несколько кзади пальпируется образование, ограничено подвижное, резко болезненное, плотной консистенции, с участками размягчения, размером 4х9 см. Влагалищные своды укорочены. Выделения гнойные.

### ВОПРОСЫ:

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Лечение пациентки.
4. Возможности для сохранения репродуктивной функции.
5. Профилактика данной патологии

## ЗАДАЧА №22

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Повторнородящая Г., 26 лет, наблюдается в женской консультации в группе риска по развитию гемолитической болезни плода и новорожденного. Группа крови беременной 0 (I), резус-отрицательная; у отца ребенка – А(II), резус-положительная.

В анамнезе у беременной двое срочных родов, у второго ребенка проводилось исследование группы крови - 0 (I), резус положительная, антирезус-иммуноглобулин матери не вводился.

Настоящая беременность третья, сроком 30 недель. При очередном обследовании в крови беременной обнаружены иммунные анти-резус-антитела в титре 1:512. При ультразвуковом исследовании отмечается утолщение плаценты до 56 мм, гепатоспленомегалия у плода; амниотический индекс 25,6. По доплерометрии отмечается централизация кровообращения.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. АД 110/70 мм рт. ст., пульс 78 уд/мин. Дно матки на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком, контуры ровные, четкие, пальпация безболезненна. Положение плода продольное, предлежит головка, высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, ритмичное с частотой 155 уд/мин.

Лабораторно: в общем анализе крови эритроциты  $4,3 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 130 г/л, лейкоциты  $12,2 \times 10^9/л$ ; в общем анализе мочи лейкоциты 1-3 в поле зрения, эритроциты 1-2 в поле зрения.

### ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Наметьте план обследования для уточнения состояния плода.
3. Возможная форма гемолитической болезни плода.
4. Патогенез развития гемолитической болезни.
5. Лечебные мероприятия на данном этапе, срок и метод родоразрешения.
6. Методы профилактики резус-конфликта у женщин с резус-отрицательной группой крови.

### ЗАДАЧА №23

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Роженица И., 20 лет, первобеременная, поступила в родильный зал во втором периоде родов.

Из анамнеза выяснено, что женщина страдает наркоманией, год назад перенесла сифилис, пролечена. Состоит на учете в кожно-венерологическом диспансере. При поступлении экспресс-анализ на ВИЧ «положительный».

Акушерский статус: дно матки у мечевидного отростка, положение плода продольное, в области дна матки справа пальпируется крупная, округлой формы мягкая часть плода. Сердцебиение плода глухое, 120 уд/мин.

Влагалищное исследование: головка определяется на тазовом дне, стреловидный шов в прямом размере.

В родильный зал приглашен неонатолог. Через 10 минут после поступления произошли роды плодом мужского пола с двукратным тугим обвитием пуповиной вокруг шеи массой 2200 г длиной 45 см. Сердцебиение при рождении 110 уд/мин, ритмичное; кожные покровы синюшные; крик слабый, дыхание самостоятельное; тонус мышц снижен; при отсасывании слизи из дыхательных путей реагирует гримасой.

Послед отделился самостоятельно через 10 минут, цел.

#### ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Какие признаки необходимо дополнительно определить для уточнения срока гестации?
3. Оценка новорожденного по шкале Апгар.
4. Лечебные мероприятия, которые необходимо провести новорожденному.
5. Мероприятия по профилактике ВИЧ-инфекции у новорожденного.
6. Проконсультируйте роженицу по грудному вскармливанию.

## ЗАДАЧА №24

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Родильница П., 22-х лет, поступила в клинику с жалобами на резкую боль в правой молочной железе и ухудшение общего состояния. 12 дней назад были срочные роды, протекавшие без осложнений. В первый день после начала кормления ребенка грудью появились поверхностные трещины на сосках, лечилась мазевыми аппликациями. Домой выписана на 7 сутки в удовлетворительном состоянии.

На следующий день после выписки повысилась температура до 39<sup>0</sup>С, появился озноб, боли в правой молочной железе. За помощью не обращалась, применяла грелку и спиртовой компресс на грудь. Однако состояние ухудшалось, продолжались ознобы, повторяющиеся по несколько раз в день, температура тела поднималась по вечерам до 39<sup>0</sup>С, усилилась боль в молочной железе, ухудшился аппетит и сон.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Температура 39,5<sup>0</sup>С, пульс 100-110 уд/мин, АД 110/70 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Живот мягкий, безболезненный. Матка за лоном, лохии серозные, скудные, без запаха.

В правой подмышечной ямке определяются увеличенные лимфатические узлы. Правая молочная железа больше левой, напряжена, кожа гиперемирована, горячая на ощупь, болезненная при пальпации. В верхне-наружном квадранте ее кожа отечная, гиперемирована с цианотичным оттенком. Пальпаторно в этой области определяется плотный, резко болезненный инфильтрат размерами 8×8 см, в центре его – флюктуация.

### ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Факторы, способствующие развитию данного осложнения.
3. Возможные осложнения и их профилактика.
4. План лечения на данном этапе.
5. Профилактика мастита.

### ЗАДАЧА №25

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Пациентка Е., 17 лет, обратилась в женскую консультацию, поскольку считает себя беременной.

В детстве часто болела простудными заболеваниями. Менструации с 14 лет, цикл установился через год, менструации регулярные по 3-4 дня, через 30-32 дня, болезненные. Последняя менструация 2 месяца назад. Беременность первая, наступила через 2 года от начала половой жизни, контрацепцией не пользовалась. Беременность намерена вынашивать. При опросе выявлено, что пациентка в течение 2-х лет употребляет в/в героин, последнее введение 2 дня назад.

Объективно: правильного телосложения, рост 164 см, масса 52 кг. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Экспресс тест на ВИЧ отрицательный.

Влагалищное исследование: оволосение по женскому типу, скудное. Наружные половые органы гипопластичные. Влагалище узкое. Шейка матки конической формы, длинная, наружный зев замкнут. Тело матки увеличено соответственно 7 неделям беременности. Патологии со стороны придатков матки не выявлено. Выделения физиологические.

#### ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Риск каких осложнений беременности имеются в данном случае?
3. Факторы риска перинатальных и акушерских осложнений.
4. План профилактических мероприятий.

### ЗАДАЧА №26

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Роженица Р., 18 лет, доставлена в акушерскую клинику через 10 часов от начала схваток с доношенной беременностью.

Настоящая беременность первая, женскую консультацию не посещала, в течение месяца отмечает появление отеков.

Объективно: правильного телосложения, рост 160 см, масса тела 65 кг. На ногах и лице умеренные отеки. АД 150/100 мм рт. ст., пульс 80 уд/мин. Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено.

ВДМ 34 см, ОЖ 97 см. Размеры таза – 25-28-31-21 см. Положение плода продольное, предлежание головное, головка малым сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное с частотой 150 уд/мин. После схватки ЧСС плода 120 уд/мин, двигательная активность плода повышена. Схватки по 25 сек через 6 минут, слабые, малоболезненные.

Влагалищное исследование: влагалище свободное, шейка матки сглажена, открытие зева 5 см. Во время исследования излились околоплодные воды, окрашенные меконием. Головка малым сегментом во входе в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок спереди. Экзостозов в малом тазу не обнаружено, диагональная конъюгата более 11 см.

#### ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Клинические признаки, характеризующие состояние плода.
3. Дополнительные методы исследования для уточнения состояния плода.
4. Дальнейшая акушерская тактика.



### ЗАДАЧА №27

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Беременная Л., 22-х лет, поступила в клинику с жалобами на тянущие боли в поясничной области и внизу живота в течение двух суток, появившиеся после эмоциональной перегрузки.

Из анамнеза выяснено, что настоящая беременность вторая. Первая беременность наступила сразу после начала половой жизни и закончилась выкидышем в сроке 8 недель год тому назад. Последняя менструация 2 месяца назад. Менструации с 16 лет, установились через 2 года, цикл 30 дней, длительность менструации 3 дня, выделения скудные. Гинекологические заболевания отрицает, соматически здорова.

Влагалищное исследование: наружные половые органы гипопластичные, влагалище узкое. Шейка матки конической формы, чистая, зев замкнут. Тело матки увеличено соответственно 6-7 недельному сроку беременности. Придатки без пальпаторных изменений. Выделения молочного цвета.

#### ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Дайте оценку менструальной функции.
3. Наиболее вероятная причина возникшей патологии.
4. План обследования.
5. Принципы лечения.
6. Профилактика.

### ЗАДАЧА №28

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Беременная В., 25 лет, доставлена машиной скорой помощи в отделение патологии беременности с жалобами на боль в правой поясничной области, повышение температуры тела, учащенное мочеиспускание.

Из анамнеза установлено, что беременность первая сроком 25 недель. С 20 недель периодически беспокоила боль в поясничной области, чаще справа. В анализах мочи патология не выявлялась. Лечение не получала. В течение последних двух дней боли стали усиливаться, появилось учащенное мочеиспускание. В связи с повышением температуры обратилась за медицинской помощью. Соматические заболевания отрицает.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы розовые, горячие, температура тела 38,2<sup>0</sup>С. Пульс 96 уд/мин, АД 110/70 мм рт. ст. Со стороны легких и сердца патологии не выявлено. Симптом поколачивания положителен справа. При пальпации почки не увеличены, безболезненны. Дно матки на уровне пупка, тонус не повышен, положение плода продольное, головное предлежание. Сердцебиение приглушенное, ритмичное с частотой 130 уд/мин.

#### ВОПРОСЫ:

1. Предположительный диагноз и его обоснование.
2. План обследования и лечения.
3. Какие факторы могли способствовать развитию воспалительного процесса в почках?
4. Какое осложнение возможно в процессе лечения и как его профилактировать?

### ЗАДАЧА №29

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Роженица А., 26 лет, поступила в клинику через 8 часов от начала срочных родов. Настоящая беременность первая. Во время данной беременности врача не посещала, самочувствие не страдало.

Объективно: состояние удовлетворительное. Температура нормальная, АД 120/60 мм рт. ст. Отеков нет. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Положение плода продольное, головка в полости малого таза. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное с частотой 140 уд/мин. В приемном отделении излились околоплодные воды желтого цвета в умеренном количестве.

Влагалищное исследование: наружные половые органы сформированы правильно, влагалище свободное, открытие маточного зева полное. Головка находится в узкой части полости малого таза, стреловидный шов в правом косом размере таза, малый родничок слева спереди. Полость таза без деформаций.

Через 20 минут родилась девочка массой 3200 г, закричала сразу, но ребенок вялый, кожа бледная с желтоватым оттенком, отеков нет. Живот мягкий, пальпируется увеличенная печень и селезенка, асцита перкуторно нет.

Послеродовый период у женщины протекал без осложнений. Масса плаценты 900 г.

Проведенные исследования крови матери показали, что у матери А (II) резус-отрицательная группа крови, имеются резус-антитела в титре 1:32. У ребенка А (II) резус-положительная группа крови. В крови, взятой из пуповины, содержание билирубина 90 ммоль/л, гемоглобин 110 г/л, количество эритроцитов  $2,0 \times 10^{12}/л$ .

#### ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Какая патология новорожденного имеет место?
3. Клинические и лабораторные признаки, подтверждающие данную патологию.
4. Механизм развития гепатоспленомегалии.
5. О чем свидетельствует характер излившихся околоплодных вод?
6. Тактика ведения новорожденного.
7. Профилактика.

### ЗАДАЧА №30

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Беременная З., 22-х лет, поступила в отделение патологии беременности с угрожающими преждевременными родами в сроке 22 недели. Жалуется на постоянную боль внизу живота, больше справа, тошноту.

Из анамнеза выяснено, что заболела накануне вечером, когда появилась боль в эпигастральной области, тошнота, однократная рвота. Приняла 2 таблетки но-шпы, уснула. Утром боль возобновилась, начала нарастать, больше справа в нижних отделах живота, появилась тошнота, рвота. Больная вызвала бригаду скорой медицинской помощи.

Беременность первая, протекала без осложнений. Соматические заболевания отрицает.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые нормальной окраски, язык сухой, обложен сероватым налетом. Температура тела 37,6<sup>0</sup>С, пульс 100 уд/мин, АД 110/70 мм рт. ст. Со стороны легких и сердца патологии не выявлено.

При пальпации живота определяется умеренное напряжение мышц живота, болезненность при пальпации в правой подвздошной области. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный, боль усиливается в положении на правом боку. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Матка в нормотонусе, легко возбудима. Дно матки на 2 пальца ниже пупка. Части плода не пальпируются, сердцебиение плода выслушивается.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка матки цилиндрической формы, зев замкнут, своды свободные, над входом в малый таз определяется головка. Выделения физиологические. Отмечается болезненность при пальпации правого бокового свода влагалища.

#### ВОПРОСЫ:

1. Выделите синдромы.
2. Диагноз и его обоснование.
3. Предположительная стадия процесса, исходя из его давности.
4. Врачебная тактика.
5. Тактика в отношении беременности во время оперативного вмешательства.
6. Особенности ведения в послеоперационном периоде.

### ЗАДАЧА №31

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Роженица С., 24 лет, первобеременная, поступила в акушерский стационар в первом периоде родов в сроке 40 недель.

Из анамнеза: менструальная функция не нарушена. Хронические заболевания внутренних органов отрицает.

Роды осложнились преждевременным излитием околоплодных вод, вторичной слабостью родовой деятельности, с целью коррекции вводился окситоцин. Продолжительность I периода составила 19 часов.

Родился плод мужского пола с двукратным тугим обвитием пуповиной вокруг шеи, массой 3100 г, длиной 50 см. Сердцебиение при рождении 120 уд/мин, ритмичное; кожные покровы синюшные; не кричит, отмечаются редкие дыхательные движения; тонус мышц низкий; на раздражители реагирует гримасой.

#### ВОПРОСЫ:

1. Диагноз.
2. Оцените состояние новорожденного по шкале Апгар
3. Что явилось причиной асфиксии новорожденного?
4. Методы диагностики состояния плода во время родов.
5. Неотложная помощь новорожденному.

### ЗАДАЧА №32

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Беременная Н., 25 лет, поступила в отделение патологии беременности в связи с наличием в крови иммунных резус-антител в сроке беременности 30 недель.

Из анамнеза выяснено, что настоящая беременность третья. Первая закончилась медицинским абортom в сроке 9 недель, вторая – самопроизвольным выкидышем в сроке 12 недель.

Группа крови беременной 0 (I) резус-отрицательная, группа крови мужа – A(II) резус-положительная. В течение настоящей беременности титр иммунных резус-антител колеблется в пределах 1:4 – 1:64.

Объективно: состояние удовлетворительное. Соматической патологии не выявлено. Матка при пальпации в нормотонусе, безболезненная. Положение плода продольное, головка подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное с частотой 136 уд/мин.

#### ВОПРОСЫ:

1. Предварительный диагноз.
2. Какие обследования необходимы для уточнения состояния плода?
3. Принципы лечения гемолитической болезни плода.
4. Патогенез иммунологического конфликта.
5. Профилактика развития данного осложнения у женщин с резус-отрицательной принадлежностью крови.

### ЗАДАЧА №33

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Роженица Н., 22-х лет, находится в последовом периоде в течение 30 минут.

Продолжительность периода раскрытия составила 10 часов, период изгнания длился 40 минут. Родился мальчик массой 4500 г с оценкой по Апгар 7 баллов 25 минут назад.

Настоящая беременность седьмая, роды первые, в анамнезе 6 медицинских аборт. Настоящая беременность протекала без осложнений. Соматический анамнез не отягощен.

Объективно: состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляет. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. АД 110/70 мм рт. ст., пульс 80 уд/мин. Признаков отделения плаценты нет. Проведена попытка ручного отделения плаценты, неудачная (плаценту не удалось отделить от стенки матки), на фоне манипуляции из половых путей появились кровянистые выделения в объеме 500 мл и продолжаются.

#### ВОПРОСЫ:

1. Предварительный диагноз
2. План дальнейшего ведения пациентки.
3. Причина возникшей патологии.
4. В чем заключается активное ведение 3 периода родов?

### ЗАДАЧА №34

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Роженица Т., 38 лет, находится в последовом периоде.

Из анамнеза известно, что настоящая беременность у женщины восьмая, роды вторые, шесть беременностей закончились медицинскими абортами и выкидышами с выскабливаниями полости матки и неоднократными осложнениями эндометритом. Настоящие роды в срок, первый и второй периоды протекали без осложнений. Родился мальчик массой 3000 г, без асфиксии.

Через 10 минут после рождения ребенка при отсутствии признаков отделения плаценты началось кровотечение, составившее 300 мл. Врачом принято решение произвести ручное отделение плаценты и выделение последа. Под общим обезболиванием начато ручное отделение плаценты. В процессе операции установлено, что плацента располагается в нижнем сегменте матки, отделение было очень трудным, плацента не отделена. Врач почувствовал, что располагавшаяся на матке рука стала ощущать пальцы руки, находящейся в полости матки. Операция прекращена, кровопотеря составляет 1200 мл и продолжается.

Объективно: состояние тяжелое, жалуется на слабость. Кожные покровы бледные, прохладные на ощупь. АД 90/60 мм рт. ст., пульс 110 уд/мин, слабого наполнения. Тоны сердца приглушены, ритмичные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 22 в минуту. Живот мягкий, перкуторно свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Дно матки на уровне пупка, тонус несколько снижен, болезненность при пальпации в нижних отделах матки. Масса женщины 72 кг.

#### ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Тактика дальнейшего ведения
3. Оценка объема кровопотери и ОЦК.
4. Предположительная причина осложнений родов; перечислите возможные причины кровотечения у данной пациентки.
5. Принципы инфузионно-трансфузионной терапии.



### ЗАДАЧА №35

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Беременная Н., 30 лет, повторнобеременная, первородящая. В анамнезе самопроизвольный выкидыш в 12 недель, осложнившийся эндометритом.

Во время настоящей беременности при первом УЗИ в 12 недель диагностировано предлежание плаценты. По данным ультразвукового исследования в 27 недель плацента располагается в области внутреннего зева и полностью его перекрывает.

Объективно: состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляет. АД 120/80 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Матка имеет форму продольного овоида, в нормальном тонусе, с ровными контурами, безболезненная. Положение плода продольное, предлежание головное, головка высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное с частотой 140 уд/мин. Выделения из половых путей слизистые.

#### ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Какие осложнения возможны у беременной?
3. Маршрутизация пациентки. Срок и метод родоразрешения.
4. Тактика планового оперативного родоразрешения при предлежании плаценты
5. Причины формирования предлежания плаценты в данном случае.

### ЗАДАЧА №36

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Родильница Г., 22-х лет, находится в раннем послеродовом периоде.

Первый период данных родов протекал без осложнений, второй период был затяжным, родился мальчик массой 4500 г. Плацента отделилась через 5 минут, послед родился самостоятельно, цел. Кровотечение из половых путей продолжается, кровопотеря составляет 550 мл.

Объективно: состояние родильницы удовлетворительное, гемодинамика стабильная. Матка расслабляется, дно ее находится на уровне пупка.

#### ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Алгоритм действий в данной ситуации
3. Какие манипуляции необходимо провести на первом этапе?
4. Консервативные методы, направленные на остановку послеродового кровотечения?

### ЗАДАЧА №37

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Родильница В., 27 лет, находится в раннем послеродовом периоде.

Из анамнеза выяснено, что данная беременность у пациентки шестая, роды вторые. Настоящим родам предшествовало 4 медицинских аборта, протекавших без осложнений.

Настоящие роды в первом и втором периодах протекали без осложнений. Родился живой доношенный мальчик массой 3400 г. Через 10 минут самостоятельно отделился и выделился послед, при осмотре плаценты обнаружен дефект ткани размером 4×4 см. Сразу после рождения послета из половых путей началось кровотечение, кровопотеря составляет 500 мл.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые розовые, теплые. АД 120/80 мм рт. ст., пульс 80 уд/мин. Патологии внутренних органов не выявлено. Матка отклонена вправо, дно находится на 8 см ниже пупка, тонус матки удовлетворительный, из половых путей умеренные кровянистые выделения. Масса женщины 70 кг.

#### ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Алгоритм действий в данной ситуации
3. Какие манипуляции необходимо провести на первом этапе?
4. Консервативные методы, направленные на остановку послеродового кровотечения?
5. Каков механизм возникновения данной патологии?

### ЗАДАЧА №38

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Роженица М., 35 лет, поступила в родильное отделение с активной родовой деятельностью, начавшейся 3 часа тому назад.

Из анамнеза установлено, что настоящая беременность седьмая. Первые 4 беременности закончились срочными неосложненными родами, две последующие медицинскими абортами.

Беременность протекала с неоднократными признаками угрозы ее прерывания, лечилась амбулаторно и в стационаре. Роды начались в срок, родовая деятельность с самого начала приобрела активный характер. Во время транспортировки в родильный дом внезапно почувствовала резкую боль в области дна матки, начала нарастать общая слабость.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести, в сознании. Жалуется на постоянную боль в верхней части живота. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. АД 100/60 мм рт. ст., пульс 90 уд/мин. Живот увеличен за счет беременной матки, дно матки у мечевидного отростка, в дне матки определяется болезненное выпячивание. Тонус матки остается высоким и вне схватки.

Схватки через 2 минуты по 50 секунд, на высоте схватки появляется желание тужиться. Положение плода продольное, головка наружными приемами не определяется. Сердцебиение плода глухое, ритмичное с частотой 100 уд/мин.

Влагалищное исследование: влагалище занято головкой плода, находящейся в узкой части полости малого таза. Стреловидный шов в прямом размере.

#### ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Факторы, обуславливающие снижение ОЦК при возникшей патологии.
3. Механизм возникших осложнений у матери и плода.
4. Последовательность неотложных мероприятий.

### ЗАДАЧА №39

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Беременная В., 21 год, поступила в родильное отделение с регулярной родовой деятельностью, начавшейся 5 часов назад. Воды не изливались. Срок беременности на момент поступления 38 недель.

Из анамнеза установлено, что данная беременность первая, протекала без осложнений. С ранних сроков диагностирована двойня. Положение обоих плодов продольное, головное предлежание.

Продолжительность родов составила 10 часов, родились два мальчика, первой массой 3000 г, второй – 2600 г. Послед один, отделился и выделился самостоятельно, цел. Кровопотеря 150 мл. Матка сократилась. Родовые пути осмотрены, травм нет. Через 5 минут после родов из влагалища появились обильные кровянистые выделения, кровь жидкая и со сгустками, одномоментный объем кровопотери 500 мл.

Объективно: состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляет. Вес 65 кг, рост 160 см. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, теплые. АД 110/70 мм рт. ст., пульс 84 уд/мин. Дно матки пальпируется на 5 см выше пупка. Тонус матки снижен, но на пальпацию отвечает сокращением.

#### ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Алгоритм действий в данной ситуации
3. Какие манипуляции необходимо провести на первом этапе?
4. Консервативные методы, направленные на остановку послеродового кровотечения?

### ЗАДАЧА №40

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Беременная М., 30 лет, доставлена в родильный дом в связи с появлением острой постоянной боли в животе при доношенном сроке беременности.

Из анамнеза установлено, что настоящая беременность третья. Первая беременность закончилась срочными родами, вторая медицинским абортом без осложнений. Три недели назад заметила появление отеков на ногах, повышение АД до 160/100 мм рт. ст. иногда появлялась головная боль. В женскую консультацию не обращалась.

Объективно: состояние тяжелое, в сознании. Жалуется на постоянную боль в животе, чувство распирания в эпигастрии. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. АД 130/90 мм рт. ст., пульс 90 уд/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные; в легких везикулярное дыхание, ЧД 20 в минуту.

Дно матки у мечевидного отростка, тонус матки повышен постоянно, матка деревянистой плотности, форма ее асимметричная, по боковой стенке слева определяется болезненное выпячивание (по данным УЗИ в 36 недель локализация плаценты по левой боковой поверхности матки). Части плода пальпировать не удается, сердцебиение не выслушивается. Из влагалища незначительные кровяные выделения.

#### ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Механизм развития клиники «острого живота».
3. Причина возникшего осложнения.
4. Принципы оказания неотложной помощи

### ЗАДАЧА №41

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Роженица Б., 35 лет, поступила в родильное отделение с активной родовой деятельностью, начавшейся час назад.

Из анамнеза установлено, что настоящая беременность седьмая. Четверо предыдущих родов протекали без осложнений, последний роды 5 лет назад, затем 2 медицинских аборта. После последнего аборта возникло воспаление матки, длительное время лечилась амбулаторно.

Продолжительность настоящих родов составила 8 часов. Родился мальчик массой 4200 г, без асфиксии. Через 10 минут после рождения ребенка при отсутствии признаков отделения плаценты началось обильное кровотечение. Под внутривенным наркозом произведено ручное отделение плаценты и выделение последа. Отмечено плотное прикрепление плаценты в отдельных ее участках, снижение сократительной способности матки. Кровопотеря составила 1500 мл.

Объективно: состояние родильницы тяжелое, в сознании, но заторможена. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, АД 90/60 мм рт. ст., пульс 110 уд/мин, ритмичный, слабого наполнения. Со стороны легких и сердца патологии не выявлено. Дно матки пальпируется на уровне пупка, матка мягкая. Кровотечение из влагалища продолжается.

#### ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Причина патологии, развившейся в последовом и раннем послеродовом периоде.
3. Патогенез имеющихся нарушений гемодинамики.
4. Неотложная помощь и ее последовательность.

## ЗАДАЧА №42

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Беременная А., 30 лет, доставлена в санпропускник родильного дома с обильным маточным кровотечением при доношенном сроке беременности (39<sup>+5</sup> недель).

Из анамнеза установлено, что скудные кровяные выделения из половых путей появились три часа назад с началом родовой деятельности. Настоящая беременность четвертая, роды третьи. Двое предыдущих родов протекали без осложнений, одна беременность прервана медицинским абортom за два месяца до наступления настоящей беременности. Аборт осложнился кровотечением, проводилось повторное выскабливание полости матки.

По поводу беременности регулярно наблюдалась в женской консультации, течение беременности без осложнений. При ультразвуковом исследовании в 32 недели плацента локализована в нижнем маточном сегменте.

Объективно: состояние роженицы средней степени тяжести, в сознании. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. АД 110/70 мм рт. ст., пульс 110 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Матка имеет форму продольного овоида, с ровными контурами, безболезненная при пальпации, вне схватки тонус матки не повышен. Схватки через 3-4 минуты по 40 сек средней интенсивности, регулярные. Головка плода над входом в малый таз, сердцебиение плода приглушенные, ритмичные с частотой 140 уд/мин. Из половых путей яркие умеренные кровянистые выделения. Роженица транспортирована в операционную.

Влагалищное исследование: влагалище свободное, шейка матки сглажена, раскрытие наружного зева 5-6 см, в зеве определяется плодный пузырь и мягкая губчатая ткань. Головка отталкивается. При осмотре кровотечение усилилось. Общая кровопотеря составляет 700 мл.

### ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Чему равен шоковый индекс и о чем он свидетельствует?
3. Врачебная тактика.
4. Какие компрессионные методы профилактики кровотечения можно использовать, если интраоперационно наблюдается кровоточивость плацентарной площадки?



### ЗАДАЧА №43

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Роженица З., 30 лет, поступила в родильное отделение с начавшимися потугами при доношенном сроке беременности (39<sup>+2</sup> недель).

Из анамнеза известно, что родовая деятельность началась дома 6 часов назад, воды излились час назад, светлые.

Настоящая беременность вторая, первая закончилась выкидышем в раннем сроке, послеабортный период протекал без осложнений. При выяснении причины выкидыша было высказано предположение об аномалии развития матки. Было выявлено удвоение правой почки, однако заболеваний почек в прошлом не было. Беременность протекала без осложнений. Последние два месяца женскую консультацию не посещала, отдыхала в деревне.

Объективно: состояние удовлетворительное. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Матка имеет неправильную форму, приближается к поперечному овоиду. Дно матки в форме седла. В левой подвздошной области пальпируется крупная мягкая часть плода, справа – крупная, округлая, плотная часть. Сердцебиение плода выслушивается в области пупка, слегка приглушено, ритмичное с частотой 120 уд/мин.

Влагалищное исследование: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет. Во влагалище определяется ручка плода. Подтекают светлые околоплодные воды.

#### ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Возможная причина патологии.
3. Какие профилактические мероприятия можно было провести во время беременности и в каком сроке их необходимо было начать?
4. Метод родоразрешения.

#### ЗАДАЧА №44

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Беременная Д., поступила в акушерскую клинику 17 октября с родовой деятельностью, начавшейся 4 часа назад.

Из анамнеза известно, что настоящая беременность первая, наступила на первом году половой жизни. Женскую консультацию посещала регулярно, осложнений в течение беременности не было. Менструальная функция не нарушена, последняя менструация 10 января. Соматическую патологию отрицает.

Объективно: правильного телосложения, нормостеник. Рост 163 см, масса тела 72 кг. ВДМ 35 см, ОЖ 96 см. Матка в форме продольного овоида, с ровными, четкими контурами. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода, ясное, ритмичное с частотой 140 уд/мин. Родовая деятельность регулярная, схватки через 5 минут по 35 секунд, средней интенсивности, умеренно болезненные. Околоплодные воды не изливались.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка матки сглажена, открытие маточного зева 5 см. Плодный пузырь цел, хорошо наливается во время схватки. Головка прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок определяется слева у лона. Мыс не достигается при. Выделения из половых путей физиологические.

#### ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Факторы, участвующие в механизмах начала родовой деятельности.
3. Начертите партограмму, определите предполагаемую продолжительность родов по партограмме.
4. Составьте план ведения родов.

### ЗАДАЧА №45

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Роженица У., 32-х лет, доставлена в родильный дом с бурной родовой деятельностью, начавшейся 3 часа назад. Воды излились одновременно с началом схваток. Роды в срок.

Из анамнеза установлено, что данная беременность восьмая. В анамнезе 5 медицинских аборт, трое родов. Все роды крупными детьми. Последние роды были затяжными. Послеродовый период осложнился воспалительным процессом в матке, выписка из родильного дома задерживалась по состоянию матери.

Объективно: роженица беспокойна, мечется, жалуется на резкие боли внизу живота во время и вне схватки. АД 130/80 мм рт. ст., пульс 100 уд/мин, ритмичный. Самостоятельно не мочилась в течении часа. Моча выведена катетером, с примесью крови.

Размеры таза 25-28-32-20 см. Дно матки у мечевидного отростка, матка имеет форму песочных часов, в состоянии гипертонуса, не расслабляется, болезненная при пальпации. Потуги частые, интенсивные. Положение плода продольное, предлежит головка, находится над входом в малый таз. Симптом Вастена положительный. Сердцебиение плода глухое, ритмичное с частотой 100 уд/мин.

Влагалищное исследование: влагалище свободное, шейка матки сглажена, открытие зева 8. Края шейки отечные. Плодного пузыря нет. Головка над входом в малый таз. На головке выраженная родовая опухоль. Емкость таза достаточная, диагональная конъюгата более 12 см, подтекают зеленые околоплодные воды.

#### ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Тактика.

### ЗАДАЧА №46

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Роженица Л., 26 лет, поступила в родильное отделение с регулярной родовой деятельностью, начавшейся 8 часов тому назад при доношенном сроке беременности.

Из анамнеза установлено, что менструальная функция не нарушена, замужем 1 год, данная беременность первая, протекала без осложнений. Соматические и гинекологические заболевания отрицает.

Родовая деятельность началась с 22-х часов, ночь не спала. Отмечает, что схватки по частоте и интенсивности не нарастают.

Объективно: роженица утомлена, дремлет между схватками. Схватки через 5-6 минут, короткие, слабые. Общее состояние удовлетворительное. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. АД 120/80 мм рт. ст., пульс 78 уд/мин. Размеры таза 26-28-31-20 см. Живот увеличен за счет беременной матки, при пальпации мягкий, безболезненный. Матка овоидной формы, с четкими ровными контурами, вне схватки в нормальном тонусе, безболезненная при пальпации. Положение плода продольное, предлежит головка, малым сегментом во входе в таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное с частотой 128 уд/мин.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно, влагалище нерожавшей, шейка матки сглажена, открытие наружного зева 3 см, края его не спазмируют. Плодный пузырь цел, передних вод достаточное количество. Головка малым сегментом во входе в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере, малый родничок слева. Мыс не достигается. Выделения слизистые.

#### ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Начертите и оцените партограмму.
3. Врачебная тактика на данном этапе родов.
4. План дальнейшего ведения родов.

### ЗАДАЧА №47

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная К., 15 лет, доставлена в стационар бригадой скорой помощи с жалобами на боли в правой подвздошной области с иррадиацией в прямую кишку.

Боли возникли резко, сегодня утром в правой подвздошной области, затем над лоном. Тошноты, рвоты не было. Последняя, нормальная менструация две недели назад.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые нормальной окраски. АД 110/70 мм рт. ст. Т 36,7°C. Пульс - 80 в мин. Живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в правой подвздошной области. Перитонеальных симптомов нет.

При двуручном ректо-абдоминальном исследовании матка не увеличена, плотная, безболезненная. Придатки слева не увеличены, безболезненные. Справа придатки увеличены, без четких контуров, область их пальпации болезненная. Выделения светлые.

#### ВОПРОСЫ:

1. Предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз.
3. Обследование пациентки.
4. Показание к хирургическому лечению в данном случае.
5. Объемы оперативного лечения.

### ЗАДАЧА №48

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Родильница С., 20 лет, находится в послеродовом отделении. На третьи сутки после родов начали беспокоить боли во влагалище, температура тела повысилась до 37,7<sup>0</sup>С.

Настоящие роды первые, закончились рождением ребенка массой 3200 г. Роды осложнились разрывом промежности II степени. Из анамнеза: раннее начало половой жизни, до беременности наступления беременности проводилось лечение по поводу специфического воспалительного процесса. Во время беременности проводилось лечение кольпита.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, влажные. Температура тела 37,7<sup>0</sup>С, пульс 90 уд/мин, АД 110/70 мм рт. ст. Со стороны сердца и легких патологии не выявлено.

Молочные железы умеренно нагрудные, без видимых изменений, отток молока достаточный. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, дно матки на 5 см выше лона, плотное, безболезненное.

Влагалищное исследование: частичное расхождение швов в нижней трети влагалища, выраженная отечность и гиперемия тканей в месте расхождения, гнойный налет на тканях. Шейка матки сформирована, цервикальный канал пропускает палец. Тело матки увеличено до 12 недель беременности, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон пальпаторно не изменены. Выделения сукровичные, умеренные, без запаха.

#### ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Относится ли данное осложнение к септическим? Если «да», то какой это этап инфекции?
3. Причина возникшего осложнения.
4. Тактика ведения, лечебные мероприятия.

### ЗАДАЧА №49

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Роженица А., 24 года, поступила в родильное отделение с активной родовой деятельностью. Околоплодные воды не изливались.

Родовая деятельность началась 5 часов назад. Из анамнеза: беременность первая, наступила через 3 года от начала регулярной половой жизни. Во время беременности неоднократно лечилась в отделении патологии беременности в связи с угрожающим абортom.

Менструальная функция не нарушена. Хронические соматические заболевания отрицает.

Акушерский статус: ВДМ 36 см, ОЖ 100 см. Размеры таза – 24-26-30-18 см. Живот увеличен за счет беременной матки, при пальпации мягкий, безболезненный. Матка соответствует доношенному сроку беременности, овоидной формы, с четкими ровными контурами, вне схватки в нормальном тоне, безболезненная. Положение плода продольное, предлежит головка, над входом в малый таз. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное с частотой 148 уд/мин.

Родовая деятельность регулярная, схватки по 40-50 сек через 3-4 минуты, средней интенсивности, умеренно болезненные. Во время проводимого исследования излились светлые околоплодные воды в количестве 200 мл. Отмечено ухудшение сердечной деятельности плода, сердцебиение стало аритмичным, с частотой от 100 до 160 уд/мин.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 6 см. Плодного пузыря нет. Предлежит головка плода, впереди нее петля пульсирующей пуповины. Диагональная конъюгата более 11 см.

#### ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Причина возникшего осложнения.
3. Определите метод родоразрешения.
4. Какие данные КТГ свидетельствуют об ухудшении состояния плода?

### ЗАДАЧА №50

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Роженица У., 28 лет, находится в родильном зале в III периоде родов, который продолжается 15 минут. Признаков отделения плаценты нет, началось кровотечение.

Настоящие роды срочные, в первом и втором периодах протекали без осложнений, продолжительность составила 7 часов. Родился ребенок массой 3220 г, без асфиксии.

Из анамнеза выяснено, что беременность четвертая, первая закончилась медицинским абортom, две последующие самопроизвольными абортom в ранних сроках. Гинекологические и соматические заболевания отрицает.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. Кожные покровы нормальной окраски. АД 120/80 мм рт. ст., пульс 80 уд/мин. Дно матки находится на уровне пупка, тонус матки нормальный, болезненности при пальпации нет. Из половых путей кровянистые выделения в объеме 300 мл, кровотечение продолжается. Признаков отделения плаценты нет.

#### ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Предположительная причина кровотечения.
3. Врачебная тактика.

### ЗАДАЧА №51

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Беременная О., 37 лет, направлена в отделение патологии беременности для решения вопроса о методе родоразрешения и подготовки к нему.

Из анамнеза известно, что пациентка страдает сахарным диабетом 1 типа с 18 лет – управляет заболеванием хорошо, диабет компенсирован, HbA1c 6%. Во время беременности отмечает улучшение течения диабета и уменьшение дозы инсулина для его компенсации. Настоящая беременность первая, протекала без осложнений. От беременности предохранялась барьерным методом. Предположительный срок родов через 2 недели. Соматический анамнез не отягощен.

Объективно: правильного телосложения, рост 166 см, масса тела 85 кг. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено, АД 130/80 мм рт. ст., пульс 78 уд/мин. Матка имеет форму продольного овоида, в нормотонусе.

ВДМ 50 см, ОЖ 100 см. Размеры таза – 26-28-32-21 см. В дне матки справа пальпируется мягковатая неподвижная часть плода, над лоном крупная, плотная, подвижная часть. Сердцебиение плода ясное, ритмичное с частотой 136 уд/мин.

#### ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Почему доза инсулина для компенсации диабета у пациентки уменьшилась?
3. Опишите патогенез формирования плода гиганта.
4. Какой метод родоразрешения следует планировать у данной пациентки?



## ЗАДАЧА №52

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Беременная Т., 32-х лет, поступила в акушерское отделение через 4 часа от начала родовой деятельности. Беременность третья, первая закончилась срочными родами, вторая искусственным абортom. В послерабортном периоде отмечалась субинволюция матки. При сборе гинекологического анамнеза, выяснилось, что до наступления беременности у пациентки был обнаружен миоматозный узел по результатам УЗИ. Точную локализацию и размеры миоматозного узла пациентка не помнит, данных УЗИ на руках не имеет. Соматические заболевания отрицает, менструальная функция не нарушена.

Объективно: со стороны внутренних органов патологии не выявлено. АД, пульс, температура в пределах нормы. Родовая деятельность регулярная, схватки по 30 сек через 4-5 минут. Отмечает сохраняющуюся боль после схватки в надлобковой области, частые позывы на мочеиспускание.

Матка в форме продольного овоида, тонус матки вне схватки не повышен. Положение плода продольное, предлежит головка, расположена высоко над входом в малый таз. Над лоном пальпируется плотное образование в диаметре 6-7 см, болезненное при пальпации, нижний полюс его находится в полости малого таза.

Влагалищное исследование: влагалище рожавшей, свободное. Шейка матки сглажена, открытие маточного зева 3 см. Плодный пузырь цел. В полости малого таза определяется бугристая опухоль, округлой формы, исходящая из передней стенки нижнего сегмента матки. Нижний полюс опухоли доходит до границ широкой части полости малого таза. При пальпации отмечается болезненность. Пальпация предлежащей части плода затруднена. Выделения физиологические.

### ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Возможные осложнения родов.
3. Определите метод родоразрешения.
4. Предположительный объем оперативного вмешательства.

### ЗАДАЧА №53

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Роженица А., 32 лет, доставлена в родильное отделение машиной скорой помощи в тяжелом состоянии с доношенной беременностью. Жалуется на слабость, головокружение, постоянную боль по всему животу.

Настоящая беременность седьмая, в прошлом двое срочных родов и четыре медицинских аборта, которые осложнялись воспалительными процессами матки. Во время настоящей беременности женскую консультацию не посещала.

Шесть часов назад началась родовая деятельность, час назад дома излились околоплодные воды, начались потуги. Внезапно на высоте очередной потуги ощутила резкую боль в животе, которая стала постоянной. Родовая деятельность прекратилась. Стала нарастать слабость, что заставило вызвать скорую помощь.

Объективно: общее состояние тяжелое, на вопросы отвечает с трудом, стонет. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. АД 90/60 мм рт. ст., пульс 120 уд/мин, слабого наполнения. Тоны сердца приглушены. Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации, симптом Щеткина-Блюмберга положительный. При изменении положения тела боль в животе усиливается. Перкуторно в отлогих местах живота притупление звука. Части плода пальпируются под брюшной стенкой, сердцебиение плода не выслушивается. Из половых путей незначительные кровяные выделения.

#### ВОПРОСЫ:

1. Выделите синдромы
2. Диагноз и его обоснование.
3. Причина и механизм развития описанного осложнения.
4. Чему равен шоковый индекс и какова предположительная кровопотеря.
5. План оказания неотложной помощи.

### ЗАДАЧА №54

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Роженица М., 30 лет, поступила в родильное отделение с активной родовой деятельностью. Настоящая беременность первая, наступила на первом году половой жизни, протекала без осложнений.

Объективно: правильного телосложения, рост 156 см, масса тела 69 кг. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Положение плода продольное, головка в полости малого таза. Сердцебиение плода ясное, ритмичное с частотой 120 уд/мин. Потуги через 2-3 минуты по 50 сек, хорошей интенсивности.

Влагалищное исследование: открытие маточного зева полное, головка в узкой части полости малого таза. Стреловидный шов в прямом размере, малый родничок у крестца. При прорезывании головки обращает на себя внимание сильное выпячивание промежности, синюшность тканей, блеск кожи.

Родился живой, доношенный мальчик массой 3400 г в заднем виде затылочного предлежания, без асфиксии. Послед отделился и выделился самостоятельно, цел. Осмотр родовых путей показал, что шейка матки цела. В области промежности имеется глубокий разрыв тканей: задней стенки влагалища в нижней трети, кожи промежности до заднего прохода, мышц тазового дна; сфинктер цел. Кровопотеря 200 мл.

#### ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Причина травмы и какова ее профилактика.
3. Последовательность восстановления целостности промежности.
4. Ведение в послеоперационном периоде.

### ЗАДАЧА №55

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Беременная А., 29 лет, поступила в отделение патологии беременности для подготовки к родоразрешению. Дата поступления 1 февраля.

Из анамнеза известно, что менструальная функция не нарушена, настоящая беременность четвертая, три предыдущих закончились срочными родами без осложнений. Роды следовали одни за другими с промежутком в два года. По факту настоящей беременности впервые обратилась в женскую консультацию 25 июня, установлен срок беременности 8<sup>6</sup> недель. Соматические и гинекологические заболевания отрицает.

Объективно: состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляет. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Матка имеет форму поперечного овоида. ВДМ 31 см, ОЖ 104 см. Справа на уровне гребня подвздошной кости пальпируется крупная, округлая, ballotирующая часть плода. Слева определяется крупная, мягковатая, неподвижная часть плода. Сердцебиение плода выслушивается на уровне пупка, ясное, ритмичное с частотой 138 уд/мин. Тонус матки нормальный. Выделения из половых путей физиологические.

#### ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Предположительная причина патологии.
3. План родоразрешения.
4. Можно ли исправить положение плода?
5. Дайте рекомендации по послеродовой контрацепции.

### ЗАДАЧА №56

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Роженица Р., 22 года, поступила в клинику с регулярной родовой деятельностью, начавшейся 8 часов назад. Роды в срок.

Из анамнеза известно, что в детстве перенесла все детские инфекции, росла в тяжелых материальных условиях. Менструации с 15 лет, установились через год, по 3 дня через 30 дней. Беременность первая, наступила через 2 года после начала половой жизни. Женскую консультацию посещала регулярно, патологии не выявлено.

Объективно: правильного телосложения, рост 148 см, масса тела 52 кг. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Размеры таза - 22-25-27-17 см. ОЖ 98 см, ВДМ 35 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Признак Вастена «положительный». Сердцебиение плода ритмичное, ясное с частотой 140 уд/мин.

Влагалищное исследование: наружные половые органы гипопластичные, влагалище нерожавшей. Шейка матки сглажена, открытие полное. Плодный пузырь цел, вскрылся при исследовании, воды светлые. Головка прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди. Мыс крестца достижим, диагональная конъюгата 10 см.

При наблюдении в течение часа отмечено, что родовая деятельность остается активной, потуги. Головка остается прижатой ко входу в малый таз, на головке увеличивается родовая опухоль. Сердечные тоны плода стали приглушенными, более частыми.

#### ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. План родоразрешения.
4. Какие осложнения могут возникнуть при консервативном ведении родов?

### ЗАДАЧА №57

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Беременная К., 30 лет, поступила в санпропускник родильного дома с жалобами на боли внизу живота, появившиеся 3-4 часа назад. Боли постепенно усиливаются, была однократно рвота.

Из анамнеза известно, что менструальная функция не нарушалась; настоящая беременность вторая; первая 2 года назад закончилась срочными родами без осложнений. По поводу настоящей беременности обратилась в женскую консультацию в сроке 8 недель. При влагалищном исследовании врач подтвердил наличие беременности и обнаружил увеличение в размерах левого яичника, которое было расценено как желтое тело беременности. При последующих двукратных исследованиях отмечено увеличение размеров яичника. УЗИ подтвердило наличие жидкостного образования размером 6×6 см. Предложена операция, от которой пациентка решила отказаться, опасаясь за беременность. Другие гинекологические заболевания и патологию внутренних органов в анамнезе отрицает.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски, температура тела 36,9<sup>0</sup>С. Пульс 90 уд/мин, АД 110/70 мм рт. ст. Со стороны сердца и легких патологии не выявлено. Симптом поколачивания отрицателен. Живот участвует в акте дыхания.

Дно матки пальпируется на середине между пупком и лоном, безболезненная, тонус не повышен. Слева от матки определяется верхний полюс болезненного опухолевидного образования, эластической консистенции, равного по величине размерам матки. Четкая пальпация затруднена из-за защитного напряжения мышц.

Влагалищное исследование: наружные гениталии сформированы правильно. Влагалище свободное, слизистая цианотичная, шейка матки чистая. Тело матки увеличено соответственно 16-недельному сроку беременности. Правый свод свободный, придатки не пальпируются. Тело матки несколько смещено вправо. Слева от матки пальпируется нижний полюс опухолевидного образования, болезненный при пальпации. Примерная величина образования 10×10 см.

#### ВОПРОСЫ:

1. Выделите синдромы.
2. Диагноз и его обоснование.
3. Объясните патогенез болевого синдрома.
4. Что в себя включает предоперационная подготовка?
5. Врачебная тактика, предполагаемый объем вмешательства.

### ЗАДАЧА № 58

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Беременная К., 24 года, обратилась в женскую консультацию с жалобами на тянущие боли внизу живота и в пояснице в течение нескольких дней, повышение тонуса матки.

Из анамнеза известно, что в детстве росла болезненным ребенком, часто болела ангиной. Менархе в 15 лет, менструальный цикл установился через 2 года, менструации в течении 3-х дней, скудные, болезненные, продолжительность цикла 36 дней. Настоящая беременность первая, наступила через 3 года от начала половой жизни. Две недели назад впервые ощутила движения ребенка.

Объективно: рост 152 см, масса тела 49 кг. Молочные железы маленькие. Размеры таза – 23-26-28-18 см. Матка с ровными, четкими контурами, дно ее находится на уровне пупка, матка реагирует на пальпацию повышением тонуса. Части плода пальпировать не удастся; сердцебиение плода глухое с частотой 140 уд/мин.

Наружные половые органы гипопластичные, большие половые губы не прикрывают малые. Осмотр шейки матки в зеркалах: Влагалище узкое, шейка матки конической формы, наружный зев замкнут. Выделения из влагалища физиологические.

#### ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Причина возникшего осложнения беременности.
3. План обследования.
4. Принципы лечения беременной.

### ЗАДАЧА №59

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Родильница Н., 26 лет, родоразрешилась в срок через естественные родовые пути. Вес ребенка 4500 г. Роды осложнились разрывом промежности II степени, гипотоническим кровотечением в раннем послеродовом периоде. Для остановки кровотечения проводилось ручное обследование полости матки и бимануальная компрессия матки. Кровопотеря составила 900 мл.

На 5-е сутки после родов предъявляет жалобы на боли внизу живота, слабость, повышение температуры тела до 38,1<sup>0</sup>С.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Молочные железы мягкие, соски чистые. Со стороны легких и сердца патологии не выявлено. Пульс 100 уд/мин, АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, матка при пальпации мягкая, болезненная, до уровня пупка. Лохии кровяные, мутные с гнилостным запахом. Физиологические отправления в норме.

Влагалищное исследование: швы на промежности чистые. Шейка матки формируется, свободно пропускает 2 пальца. Матка увеличена до 20 недель беременности, мягковатой консистенции, болезненная при пальпации. Придатки с обеих сторон пальпаторно не изменены, безболезненные. Лохии кровяные, мутные с гнилостным запахом.

Лабораторно: в общем анализе крови эритроциты  $3,1 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин 109 г/л, лейкоциты  $14,2 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы 17%, СОЭ 40 мм/ч; в мазках из цервикального канала лейкоцитов 30-35 в поле зрения, эритроциты 7-8 в поле зрения, эпителий 9-10 в поле зрения, обильная грам (+), грам (-) флора; по УЗИ тело матки увеличено до 20 недель беременности, тонус матки снижен, в полости матки газ, отложения фибрина, миометрий инфильтрирован. Плацентарной и децидуальной ткани нет.

#### ВОПРОСЫ:

1. Выделите синдромы.
2. Диагноз и его обоснование.
3. Факторы, способствующие возникновению данного осложнения.
4. Наметьте план лечения.
5. Возможные осложнения при неэффективности лечения и врачебная тактика.



### ЗАДАЧА №60

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Роженица Т., 24 лет, поступила в родильное отделение с регулярной родовой деятельностью. Срок беременности 30 недель.

Из анамнеза известно, что настоящая беременность вторая. Первую беременность прервали год назад медицинским абортom. В течение настоящей беременности дважды (в 12 и 24 недели) лечилась в стационаре по поводу угрожающего прерывания беременности. Менструальная функция не нарушена. Соматические и гинекологические заболевания отрицает.

Объективно: состояние удовлетворительное. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Родовая деятельность регулярная, схватки через 2-3 минуты по 40 сек. Воды не изливались. ОЖ 84 см, ВДМ 32 см. Положение плода продольное, предлежание головное, головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ритмичное, ясное с частотой 140 уд/мин.

Влагалищное исследование: влагалище узкое, шейка матки сглажена, открытие зева 6 см. Плодный пузырь цел, передних вод достаточное количество. Головка прижата ко входу в малый таз. Крестцовая впадина емкая, мыс не достижим, выделения слизистые, светлые.

#### ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Какие признаки недоношенности могут быть у новорожденного?
3. Особенности ведения преждевременных родов.
4. Осложнения в раннем неонатальном периоде и оказание неотложной помощи.

### ЗАДАЧА №61

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

К гинекологу обратилась пациентка М, 26 лет с жалобами на отсутствие беременности в течение 5 лет при регулярной половой жизни без контрацепции.

Из анамнеза: в детстве перенесла ветряную оспу, скарлатину. Соматическую патологию отрицает. Менструации с 14 лет, установились сразу, по три-четыре дня, через 28 дней. Последний год отмечает уменьшение продолжительности менструаций и количества теряемой крови. Половая жизнь с 23 лет, от беременности ничем не предохраняется, беременностей не было.

Объективно: повышенного питания, имеет место абдоминальный тип ожирения. Вторичные половые признаки развиты нормально. Обращает на себя внимание наличие стрий в области живота и бедер, повышенный рост волос на бедрах, по белой линии живота.

Гинекологическое обследование: наружные половые органы сформированы правильно. Влагалище нерожавшей. Шейка матки конической формы, чистая. Тело матки нормальных размеров, мышечной консистенции, подвижное, безболезненное. При исследовании придатков матки выявлено увеличение обоих яичников до 4 см, тугоэластической консистенции, с гладкой поверхностью, безболезненные при пальпации. Выделения – слизистые.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз и причина бесплодия.
2. Какие дополнительные методы исследования следует провести для уточнения диагноза?
3. Возможные методы лечения.
4. Прогноз для детородной функции.
5. Какие отдаленные риски для здоровья женщины несет в себе выставленный диагноз?

### ЗАДАЧА №62

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная С., 40 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на дисменорею, обильные менструации.

Считает себя больной в течение пяти лет, когда стали беспокоить боли внизу живота, появляющиеся за один-два дня до менструации, во время менструации и прекращаются сразу после. Менструации регулярные, через 28 дней, по 5-6 дней, обильные, регулярные. Имела пять беременностей, две из которых закончились нормальными родами, три – медицинскими абортами. Последние четыре года не предохраняется, беременность не наступает. Ожидает менструацию в ближайшие дни.

Гинекологический статус: Наружные половые органы развиты правильно, по женскому типу. Влагалище емкое, слизистая чистая. Шейка матки цилиндрической формы без видимых изменений. Матка увеличена до размеров 6-недельной беременности, с ровными контурами, гладкой поверхностью, безболезненная. В области придатков матки изменений не выявлено. Выделения физиологические.

ВОПРОСЫ:

1. Предварительный диагноз.
2. С чем могут быть связаны жалобы пациентки на боли и обильные менструации?
3. Какие дополнительные методы должны быть назначены?
4. Дифференциальная диагностика.
5. Ультразвуковые признаки диффузного аденомиоза.
6. Принципы лечения аденомиоза.

### ЗАДАЧА №63

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная Л., 26 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на длительные обильные менструации, отсутствие наступления беременности в течение 1,5 лет.

В анамнезе: хронический пиелонефрит, хронический синусит. Менструации с 12 лет, последние два года по 9-10 дней через 32-34 дня, безболезненные. Последняя менструация 15 дней назад, в срок. Половая жизнь с 20 лет, брак зарегистрированный, контрацепция барьерная, последние 1,5 года от беременности не предохраняется. Беременностей не было.

Объективно: Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. АД 120/70 мм рт. ст. ЧСС 70 уд. в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Гинекологический статус: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Осмотр в зеркалах: шейка матки цилиндрической формы. Слизистая влагалища и шейки матки визуально не изменены. Наружный зев закрыт. Выделения слизистые.

Бимануальное влагалищное исследование: тело матки отклонено кпереди, нормальных размеров, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки не пальпируются, своды свободные.

Лабораторно в ОАК уровень гемоглобина 87 г/л. Остальные показатели в пределах референсных значений.

По данным УЗИ органов малого таза в полости матки выявлен миоматозный узел размером 2,5\*3 см с интрамуральным компонентом 10%.

#### ВОПРОСЫ:

1. Поставьте предположительный клинический диагноз
2. Какой тип миоматозного узла у данной пациентки
3. Охарактеризуйте нормальный менструальный цикл
4. Объем оперативного вмешательства

### ЗАДАЧА №64

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная К., 24 года, поступила по направлению врача женской консультации с жалобами на задержку менструации на 2 недели.

В детстве болела корью, скарлатиной, краснухой, хроническим тонзиллитом. Менструации с 18 лет, регулярные, болезненные. Половой жизнью живет 4 года, беременностей не было. Врач женской консультации выявил признаки инфантилизма. Лечение не проводилось.

Объективно: по внутренним органам без особенностей. При гинекологическом исследовании обнаружен цианоз слизистой влагалища, выделения серозно-сукровичные, шейка матки – коническая, длинная, зев замкнут. Матка увеличена до 5-недельного срока беременности, перешеек размягчен. Левые придатки не определяются. Справа в области придатков пальпируется «колбасовидное» образование, 3x4 см, эластичной консистенции, безболезненное. Своды глубокие, смещение шейки матки безболезненное.

#### ВОПРОСЫ:

1. Диагноз.
2. Дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза.
3. Возможности для сохранения детородной функции.
4. Перечислите органосохраняющие операции при поставленном диагнозе.

### ЗАДАЧА №65

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная 29 лет, поступила в гинекологическое отделение повторно с жалобами на скудные кровянистые выделения из влагалища в течение 2-х недель после задержки очередной менструации на 10 дней.

В анамнезе одна беременность, прерванная искусственным абортом 5 лет тому назад. Аборт осложнился воспалением придатков, вторичным бесплодием.

Считала себя беременной. Обратилась к врачу женской консультации по поводу ноющих болей в низу живота и кровянистых выделений из влагалища. Была госпитализирована в гинекологическое отделение, где произведено выскабливание слизистой полости матки и с диагнозом «неполный аборт» выписана домой через 3 дня. Дома продолжались боли внизу живота и кровянистые выделения из влагалища, повторно обратилась к врачу, госпитализирована.

Объективно: при поступлении состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледноватые. Пульс 80 уд/мин, АД 120/80 мм рт. ст. Живот не вздут, участвует в акте дыхания равномерно, при пальпации болезненный в правой подвздошной области, мягкий, перкуторно - тимпанит.

Влагалищное исследование: цианоз слизистой влагалища, скудные кровянистые выделения. Своды глубокие, смещения шейки матки болезненны. Зев закрыт. Матка несколько больше нормы, мягковатой консистенции. Справа в области придатков определяется болезненное тестоватое образование без четких контуров.

Гистологическое исследование соскоба эндометрия: децидуальный эндометрит, ворсин хориона не найдено.

Гемоглобин 100 г/л.

#### ВОПРОСЫ:

1. Предварительный диагноз.
2. Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.
3. Лечение.
4. Замечания по ведению больной.

### ЗАДАЧА №66

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная Л. 26 лет доставлена машиной скорой помощи в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота, иррадиирующие в задний проход и правое подреберье, кровяные выделения из половых путей.

Заболела остро. После акта дефекации появились резкие боли внизу живота, головокружение, отмечает кратковременную потерю сознания.

В анамнезе одни роды без осложнений и один медицинский аборт. Менструации с 13 лет по три дня, регулярные. Последние - полтора месяца назад.

Объективно: кожные покровы бледные, пульс 110 в минуту, слабого наполнения и напряжения. АД - 80/40 мм рт. ст. Живот вздут, резко болезненный.

Влагалищное исследование. Влагалище рожавшей. Шейка матки цилиндрическая. Наружный зев замкнут. Задний свод сглажен, болезненный. Движения за шейку матки резко болезненные. Матка увеличена до пяти недель беременности, мягкая. Придатки матки не удается пропальпировать из-за резкой болезненности. Выделения скудные, кровяные.

#### ВОПРОСЫ:

1. Предварительный диагноз.
2. Объем и последовательность неотложной помощи.
3. Состав инфузионных сред и соотношение между ними.
4. Проведите дифференциальную диагностику с апоплексией яичника.

### ЗАДАЧА №67

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная М., 30 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на появившуюся внезапно острую боль в левой подвздошной области с иррадиацией в прямую кишку, головокружение, кратковременную потерю сознания.

Имеется задержка менструации на три недели. Считает себя беременной, так как появилась тошнота, пищевые прихоти. К врачу не обращалась, в сохранении беременности заинтересована. Менструальная функция в прошлом не нарушалась. Гинекологические заболевания отрицает. Имела одну беременность, которая два года назад закончилась медицинским абортom. В последующем в течение полугода принимала гормональные контрацептивы. Прием таблеток прекратила, но беременность не наступала. Соматические заболевания отрицает.

Объективно: Бледность кожных покровов. Пульс 100 ударов в минуту. АД 90/60 мм рт. ст. Живот вздут, болезненный при пальпации. При перкуссии в отлогих местах живота притупление.

Влагалищное исследование: Слизистая влагалища и шейка матки цианотичная, чистая. Задний свод нависает, резкая болезненность при пальпации матки и придатков. Из-за резкой болезненности и напряжения матку и придатки контурировать не удается. Выделения слизистые.

#### ВОПРОСЫ:

1. Клинический диагноз.
2. Объем и последовательность неотложной помощи.
3. Объем инфузионно-трансфузионной терапии.
4. Этиология и патогенез развившегося заболевания.
5. Реабилитационные мероприятия после операции.

### ЗАДАЧА №68

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная А., 28 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на схваткообразные боли в левой подвздошной области, мажущие темные кровянистые выделения из половых путей, которые появились на фоне задержки менструации на 15 дней.

Менструальная функция не нарушена. Имела 5 беременностей, одни нормальные роды и 4 медицинских аборта. Последний аборт осложнился воспалительным процессом. Лечилась в стационаре и амбулаторно. В течение 3-х лет от беременности не предохранялась, беременность не наступала.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. АД 110/70 мм рт ст, пульс 80 уд/мин. Живот мягкий, при пальпации отмечается умеренная болезненность в нижних отделах, больше слева. Перкуторно свободная жидкость в брюшной полости не определяется.

Гинекологическое исследование: Слизистая влагалища чистая, цианотичная. Шейка матки чистая. Тело матки шаровидной формы, мягковатой консистенции, безболезненное. Слева от матки пальпируется мягкоэластическое ретрообразной формы образование, болезненное при пальпации. Справа свод глубокий, свободный, придатки не определяются. Тракции шейки матки вправо вызывают болезненность. Выделения из половых путей мажущие, темно кровяные.

#### ВОПРОСЫ:

1. Предварительный диагноз.
2. Обоснование диагноза.
3. С чем связано появление кровянистых выделений из полости матки?
4. Дополнительные исследования, необходимые для уточнения диагноза.
5. Лечебная тактика. Можно ли применение органосохраняющих технологий?

### ЗАДАЧА №69

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная Е., 54 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на появившиеся несколько дней назад кровяные выделения, которые постепенно усиливаются. Менопауза с 45 лет.

В анамнезе перед менопаузой ациклические маточные кровотечения с выскабливанием полости матки, гистологическое заключение: железистая гиперплазия эндометрия. Страдает ожирением, гипертонической болезнью II ст., сахарным диабетом - компенсированная форма.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Питание повышенное. ИМТ – 42 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы бледноватые, чистые. Пульс 78 в минуту, ритмичный, удовлетворительных качеств. АД 145/100 мм рт ст. Тоны сердца ясные, ритмичные, акцент 2 тона на аорте. Дыхание везикулярное. Хрипов нет.

Язык чистый, влажный. Живот мягкий б/болезненный. Печень по краю реберной дуги. Перкуторно – тимпанит. Симптомы «раздражения» брюшины отрицательные. С. поколачивания отрицательный. Стул, диурез в норме

Влагалищное исследование:

Влагалище свободное. Шейка матки рожавшей, наружный зев щелевидный, незначительно приоткрыт. Матка несколько увеличена, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки без особенностей. В области параметриев инфильтрации не выявлено. Выделения кровяные в умеренном количестве.

#### ВОПРОСЫ:

1. Установите клинический диагноз.
2. Какие методы обследования необходимо назначить пациентке?
3. Назовите возможные варианты гистологического заключения
4. Выделите факторы риска развития рака эндометрия.
5. Какое лечение показано пациентке?

### ЗАДАЧА №70

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная К., 24 лет, заболела остро после полового акта, внезапно появились боли внизу живота, правой подвздошной области, иррадиирующие на прямую кишку.

В детстве перенесла корь, скарлатину, воспаление легких.

Менструации с 13 лет, установились сразу, по 3-5 дней через 28 дней. Последняя менструация 2 недели назад. Половая жизнь с 20 лет, беременностей не было. Гинекологические заболевания – эрозия шейки матки, по поводу чего проводилось консервативное лечение. От беременности предохранялась бензалкония хлоридом.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Пульс 78 уд/мин, ритмичный. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный при пальпации в правой подвздошной области. Слабо положительные симптомы раздражения брюшины в месте болезненности.

Влагалищное исследование: шейка матки коническая, чистая. Матка маленькая, плотная, подвижная. Слева от матки пальпируется образование размерами 4x5 см, мягковатой консистенции, резко болезненное. Движения за шейку матки болезненные. Задний свод нависает. Выделения светлые, слизистые.

#### ВОПРОСЫ:

1. Диагноз.
2. Как уточнить диагноз?
3. Опишите возможную лапароскопическую картину.
4. Какое лечение следует провести больной?
5. Назовите формы апоплексии яичника и тактику их ведения.
6. Профилактика.

### ЗАДАЧА №71

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная М., 56 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на увеличение живота в объеме, тошноту, потерю веса, снижение аппетита, боли в животе и общую слабость.

Заболеваниями внутренних органов не страдала. Менструальная функция не нарушалась, четыре года менопауза. В анамнезе двое нормальных родов, аборт не было. Длительно лечилась по поводу воспаления придатков матки. Полгода назад на приеме у гинеколога в женской консультации обнаружено увеличение одного из яичников, предлагалось оперативное лечение, от которого отказалась, у гинеколога больше не наблюдалась. Боли внизу живота стали беспокоить три-четыре месяца, в течение последнего месяца заметила увеличение размеров живота.

Объективно: Кожные покровы бледные, тургор кожи снижен. Со стороны легких и сердца патологии не выявлено. Живот увеличен в размерах, напряжен. Пальпация органов брюшной полости затруднена. В нижних отделах живота болезненность при пальпации. Перкуторно в брюшной полости жидкость.

Гинекологическое обследование: Влагалище свободное. Тело матки отдельно пропальпировать не удается. В малом тазу образование, в едином конгломерате матка и придатки, умеренно болезненное, размером 15-18 см.

#### ВОПРОСЫ:

1. Предварительный диагноз.
2. О каком заболевании в первую очередь следует думать при наличии указанных клинических признаках? Дифференциальная диагностика.
3. Какие методы исследования в первую очередь необходимо провести пациентке?
4. Перечислите необходимые лабораторные и инструментальные методы исследования.
5. Принципы лечения.
6. Имеются ли ошибки в ведении больной в женской консультации?



## ЗАДАЧА №72

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная Н., 60 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на периодически появляющиеся кровяные выделения из половых путей. Постменопауза десять лет.

Соматические заболевания — гипертоническая болезнь, ожирение второй степени.

Влагалищное исследование: влагалище свободное, своды глубокие. Шейка матки цилиндрическая, обычной консистенции, на зеркалах чистая, из цервикального канала выделения темно-красного характера в небольшом количестве. Тело матки несколько увеличено, тестоватой консистенции, подвижное, безболезненное. В области придатков матки объемных образований не определяется.

### ВОПРОСЫ:

1. Предположительный диагноз.
2. Какое заболевание следует в первую очередь исключить/подтвердить у этой пациентки?
3. Как подтвердить диагноз?
4. Какие дополнительные методы необходимо провести для уточнения распространения процесса?
5. Какое лечение следует провести больной?
6. Каков прогноз для данной пациентки?

### ЗАДАЧА №73

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Беременная 25 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на чувство тяжести внизу живота. Беременность третья, первая беременность закончилась медицинским абортом в сроке 11-12 недель, вторая беременность год назад – самопроизвольным выкидышем в 23 недели с выскабливанием полости матки, выкидыш начался с излития околоплодных вод. Последняя менструация четыре месяца назад.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. АД 115/70 мм рт. ст., пульс 80 ударов в минуту. Живот увеличен за счет беременной матки, матка при пальпации приходит в повышенный тонус.

Влагалищное исследование: влагалище и своды свободные. Шейка матки цилиндрической формы, длиной 1,5 – 2 см, цервикальный канал свободно проходим для пальца (1,5см). Плодный пузырь цел. Выделения слизистые. Тело матки увеличено до 16 недель беременности, в правильном положении, тонус повышен, безболезненная. Придатки с обеих сторон не пальпируются, безболезненные. Выделения из влагалища слизистые.

#### ВОПРОСЫ:

1. Диагноз.
2. Причины развившейся патологии.
3. Обследование.
4. Лечение.
5. Назовите противопоказания для постановки акушерского pessaria.

## ЗАДАЧА №74

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная К., 37 лет, доставлена в гинекологическое отделение с умеренными кровяными выделениями из половых путей.

Наследственность не отягощена. Было 4 беременности, две из них закончились родами и две – искусственными абортами. Последний аборт произведен 3 года тому назад (срок 8 недель), осложнений не было. Менструации регулярные. В последние 6 месяца беспокоят жидкие серозно-желтые выделения с неприятным запахом, иногда с примесью крови. К врачу не обращалась. Два часа назад после подъема тяжести внезапно из влагалища появились значительные кровянистые выделения.

Объективные исследования: общее состояние удовлетворительное. Пульс 88 ударов в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Температура тела 36°C. Больная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые несколько бледные. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Стул и мочеиспускание в норме.

Осмотр при помощи зеркал: шейка матки гипертрофирована, форма ее бочкообразная, темно-багрового цвета с выраженной сетью капилляров. Из цервикального канала кровянистые выделения.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки очень плотная, бочкообразно расширена, неподвижна. Тело матки обычных размеров, в правильном положении, безболезненное.

Ректальное исследование: надвлагалищная часть шейки матки резко гипертрофирована, плотная. В параметриях с двух сторон имеются плотные инфильтраты, доходящие до стенок таза.

### ВОПРОСЫ:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Как возможно подтвердить диагноз?
3. Стадия распространения процесса по классификации TNM.
4. Какой метод лечения применим в данном случае?
5. Какие профилактические мероприятия должны быть предусмотрены для своевременной диагностики данного заболевания?

### ЗАДАЧА №75

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная В., 45 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на появление кровяных выделений из половых путей после полового контакта.

Наследственность не отягощена. Было 5 беременностей, 2 из них закончились нормальными родами, 3 – искусственными абортами, без осложнений. Пятая беременность наступила в 38 лет. Последний раз на осмотре у гинеколога была 6 лет назад.

Осмотр при помощи зеркал: влагалище рожавшей женщины. Шейка матки гипертрофирована. На передней губе ее имеется мелкобугристая опухоль в виде «цветной капусты», размерами 2х2 см, при контакте - кровоточит.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки гипертрофирована, плотная, подвижная. Тело матки обычных размеров. Область придатков свободна.

Ректальное исследование: влагалищная часть шейки матки несколько уплотнена, но не увеличена. В малом тазу опухолевидные образования и инфильтраты не определяются.

#### ВОПРОСЫ:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Как возможно подтвердить диагноз?
3. Можно ли было поставить правильный диагноз раньше?
4. Что необходимо сделать для уточнения диагноза?
5. Какой метод лечения может быть выбран для данной больной?
6. Сколько времени должна находиться больная под наблюдением онколога?
7. Первичная профилактика данного заболевания.

### ЗАДАЧА №76

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

На профилактическом осмотре у работницы Д., 28 лет, в области левых придатков матки обнаружено образование тугоэластичной консистенции с гладкой поверхностью, подвижное, безболезненное, размерами 8х6 см.

Наследственность не отягощена. Менструации с 14 лет, установились сразу по 4-5 дней, умеренные, безболезненные. Последняя нормальная менструация закончилась неделю назад. Половая жизнь с 20 лет. Всего была одна беременность, которая закончилась своевременными родами, без осложнений. Контрацепция барьерная.

#### ВОПРОСЫ:

1. Диагноз.
2. Какое обследование следует провести больной?
3. Какое лечение необходимо провести?
4. Скрининг рака яичника.

### ЗАДАЧА №77

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная У., 23 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на отсутствие менструаций в течение 3-х месяцев после внутриматочного вмешательства по поводу неполного медикаментозного аборта. Отмечает появление схваткообразных болей внизу живота в дни ожидаемых менструаций. В прошлом нарушений менструальной функции не было. В анамнезе одни неосложненные роды и один осложненный искусственный аборт в сроке 10-11 недель, после которого проводилось внутриматочное вмешательство.

Гинекологический статус: Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Наружные гениталии без видимых изменений. Влагалище свободное, слизистая чистая. Шейка матки цилиндрической формы, чистая, имеет место атрезия цервикального наружного зева. Тело матки незначительно увеличено в размерах округлой формы, с равными контурами, безболезненное, своды влагалища глубокие, свободные, придатки не пальпируются. Выделения из половых путей физиологические.

Проведен «тест» на беременность – отрицательный.

#### ВОПРОСЫ:

1. Предположительный диагноз.
2. Определите объем исследований, необходимых для уточнения диагноза.
3. Лечение.
4. Мероприятия по профилактике рецидива заболевания.
5. Объясните патогенез развития данного осложнения.

### ЗАДАЧА №78

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная Н., 15 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на обильные кровяные выделения из половых путей, слабость, головокружение.

В детстве перенесла корь, инфекционный паротит, коревую краснуху, скарлатину. Наследственность не отягощена.

Менструации с 15 лет, первые 4 месяца регулярные (по 3-4 дня, цикл 28 дней), умеренные, безболезненные. Половой жизнью не живет.

Заболела 8 дней назад, когда после двухмесячного отсутствия менструации появились умеренные, кровяные выделения из половых путей. В последующие дни интенсивность кровотечения нарастала, появилась слабость, головокружение.

Объективное исследование: общее состояние при поступлении удовлетворительное. Пульс 98 уд/мин, АД 110/70 мм рт ст. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые. Больная пониженного питания, молочные железы развиты слабо. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Ректальное исследование: при осмотре наружных половых органов отмечается гипоплазия больших и малых половых губ, оволосение по женскому типу. Девственная плева не нарушена. Тело матки плотное, меньше нормальной величины, безболезненное, подвижное, находится в правильном положении. Соотношение между шейкой и телом матки 1:1. Придатки с обеих сторон не пальпируются.

#### ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз.
2. Для оценки степени постгеморрагической анемии оцените общий анализ крови.
3. План обследования девочки с ювенильным кровотечением.
4. Задачи, которые необходимо решить в процессе лечения.

### ЗАДАЧА №79

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная К., 19 лет, доставлена в гинекологическое отделение в связи с кровотечением из половых путей.

Считала себя беременной. На учете по беременности не состояла. Беременность не желанная. Два дня назад начались ноющие боли внизу живота, кровяные выделения из половых путей. Через сутки произошел выкидыш, кровотечение было умеренным, за помощью не обращалась. К вечеру того же дня появилась температура до 38С°, был однократно озноб.

Соматически здорова, менструальная функция не нарушена. Последняя менструация 3 месяца назад. Половая жизнь с 16 лет, беременность первая, вне брака. Гинекологические заболевания отрицает.

Объективно: Состояние средней степени тяжести, обусловлено интоксикационным синдромом. Кожные покровы и видимые слизистые бледноватые, чистые. Температура 37,8°С. Пульс — 96 ударов в минуту. АД — 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, обложен у корня. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Перкуторно в брюшной полости свободная жидкость не определяется.

Гинекологический статус: Влагалище нерожавшей. Шейка матки чистая, цервикальный канал свободно пропускает палец. Тело матки увеличено до десяти недель беременности, мягкое, болезненное при пальпации. Своды влагалища свободные, придатки не пальпируются. Выделения кровяные, незначительные.

#### ВОПРОСЫ:

1. Клинический диагноз.
2. Объем неотложной помощи.
3. Назовите критерии положительной динамики от проводимой консервативной терапии при криминальном инфицированном вмешательстве.
4. Порядок проведения лечебных мероприятий.
5. Какие осложнения можно ожидать.



### ЗАДАЧА №80

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Пациентка 30 лет, жалоб не предъявляет, обратилась для профилактического осмотра. Последний визит к гинекологу был 4 года назад.

Менструальная функция не нарушена. В анамнезе 1 срочные роды через естественные родовые пути, без осложнений. В настоящее время использует барьерную контрацепцию.

При осмотре шейки матки вокруг наружного зева шейки матки выявлен участок цилиндрического эпителия с четкими контурами, который не кровоточит при контакте. Матка нормальной формы и величины, в области придатков матки с обеих сторон объемных образований не пальпируется. Выделения слизистые.

Результаты проведенного обследования: тестирование на ВПЧ (ПЦР) – обнаружен ВПЧ, результат цитологического исследования (жидкостная цитология) - низкая степень плоскоклеточного интраэпителиального поражения (LSIL), при расширенной кольпоскопии - тонкий ацетобелый эпителий небольшой плотности с нежной пунктацией.

#### ВОПРОСЫ:

1. Предполагаемый диагноз?
2. Перечислите показания для проведения биопсии шейки матки в данном случае.
3. Какую биопсию следует провести у данной пациентки?
4. Тактика ведения пациентки после проведения биопсии?
5. Укажите методы первичной профилактики рака шейки матки.

### ЗАДАЧА №81

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная В. 25 лет, обратилась в женскую консультацию для прерывания беременности медикаментозным методом. Жалоб не предъявляла.

Наследственность не отягощена.

Менструации с 14 лет, установились сразу (по 4-5 дней, цикл 28 дней), безболезненные, умеренные. Последняя менструация была 1,5 месяца назад.

Половая жизнь с 20 лет. Было 2 беременности: первая закончилась нормальными срочными родами (масса ребенка 3500 граммов), вторая – искусственным абортом (срок 10 недель). После аборта в течение 3 дней держалась температура 37,5°C, болел низ живота. По поводу эндометрита больная получила курс антибиотикотерапии, внутримышечные инъекции глюконата кальция и окситоцина. Была выписана на 10 день после операции. Другие перенесенные гинекологические болезни отрицает.

Объективное исследование: состояние больной удовлетворительное. Пульс 72 удара в минуту, ритмичный. АД – 100/70 мм рт. ст., t 36,7°C. Больная правильного телосложения, умеренного питания. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Со стороны органов и систем патологии не выявлено.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. Влагалище – рожавшей женщины. Шейка матки – чистая, цианотичная, цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Матка расположена правильно, мягковатой консистенции, подвижная, безболезненная, увеличена до 6 недель беременности. Придатки матки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Выделения слизистые.

#### ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз.
2. Программа обследования женщины перед проведением медикаментозного аборта.
3. Какие препараты используются для проведения медикаментозного аборта, дозировка.
4. Возможные осложнения медикаментозного аборта.
5. Рекомендации врача по ведению, сколько визитов должна сделать пациентка.
6. Какие методы контрацепции можете порекомендовать для данной пациентки после медикаментозного аборта.

## ЗАДАЧА №82

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная И., 32 года, обратилась в женскую консультацию с жалобами на кровяные выделения после медикаментозного аборта в течение полутора месяцев, периодически усиливающиеся.

Наследственность не отягощена.

Менструации с 14 лет, установились сразу (по 4-5 дней, цикл 21 дней), умеренные, безболезненные. Последняя менструация была 2 месяца назад. Половая жизнь с 20 лет. Всего было 5 беременностей, две из них закончились нормальными родами, три – медикаментозными абортами, два из них – без осложнений. После последнего медикаментозного аборта (в сроке беременности 6 недель), кровяные выделения продолжаются до настоящего времени. На третий визит после медикаментозного аборта женщина не явилась, УЗИ органов малого таза после прерывания беременности не проводилось.

Объективное обследование: общее состояние удовлетворительное. Пульс 72 уд/мин, АД 100/70 мм. рт. ст., температура 36,4°C. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание регулярные.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище емкое, шейка матки чистая, цилиндрической формы, наружный зев замкнут. Тело матки в положении retroversion, подвижное, безболезненное, несколько больше нормальных размеров. Придатки матки не определяются, область их пальпации безболезненна. Своды влагалища свободны. Выделения кровяные, умеренные, умеренные.

### ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз.
2. Тактика врача женской консультации.
3. Ожидаемый результат гистологического исследования.
4. Рекомендации врача по дальнейшему ведению и лечению больной.

### ЗАДАЧА №83

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная С., 40 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на резкие боли внизу живота, чувство жара, озноб, слабость.

Наследственность не отягощена.

Менструации с 14 лет, установились сразу (по 3-4 дня, цикл 28 дней), регулярные, безболезненные. Последняя менструация закончилась неделю назад. Половая жизнь с 20 лет. Было 4 беременности, одна из них закончилась срочными родами, 3 – искусственными хирургическими абортами. Последний аборт 4 года назад, осложнился острым воспалением придатков матки, по поводу чего больная лечилась в стационаре. После этого неоднократно возникало обострение воспалительного процесса. Периодически беспокоили бели гнойного характера, в связи с чем лечилась амбулаторно.

Объективное обследование: состояние больной при поступлении средней степени тяжести. Пульс 112 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, АД 120/80 мм рт. ст., температура тела 38,8°C. Кожные покровы несколько бледные, слизистые розового цвета. Язык сухой, обложен белым налетом. Тоны сердца ясные, ритмичные. В легких прослушивается везикулярное дыхание. Живот умеренно вздут, в акте дыхания не участвует, при пальпации болезненный во всех отделах. Отмечается напряжение прямых мышц живота и признаки раздражения брюшины в нижних отделах живота. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул в норме, мочеиспускание свободное.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки цилиндрической формы, чистая, зев закрыт. При смещении шейки матки отмечается болезненность. Во влагалище небольшое количество гнойных выделений. Матка несколько увеличена, болезненна при пальпации. Справа и слева в области придатков определяются опухолевидные образования веретенообразной формы, без четких границ, тугоэластичной консистенции, интимно спаянные с маткой, неподвижные, резко болезненные при пальпации.

#### ВОПРОСЫ:

1. Предположительный диагноз.
2. Программа обследования больной и врачебная тактика.
3. Объем операции.
4. Показания к оперативному лечению при воспалительных заболеваниях органов малого таза.
5. Классификация перитонита по стадии, по распространению, по характеру выпота.

#### ЗАДАЧА №84

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная З., 28 лет, поступила в клинику с жалобами на постоянную боль внизу живота, иррадирующую в поясницу с тенденцией к усилению, повышение температуры до 38°C.

В детстве перенесла ветряную оспу, ОРЗ, корь, бронхит. Наследственность не отягощена. Менструации с 16 лет, установились сразу, по 6 дней, цикл через 28 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация 11 дней тому назад. Половая жизнь с 16 лет. Беременностей не было (от беременности не предохранялась). Через несколько месяцев от начала половой жизни перенесла воспаление придатков матки, по поводу чего лечилась в гинекологическом стационаре. В дальнейшем воспалительный процесс придатков часто обострялся, при каждом рецидиве больная лечилась в стационаре, где ей дважды проводили санационную лапароскопию, антибиотикотерапию.

Последнее обострение началось вскоре после менструации, появились постоянные боли внизу живота, отдающие в поясницу, озноб с обильными потоотделениями, повышение температуры тела до 38°C, головная боль.

Объективное обследование: общее состояние при поступлении средней степени тяжести. Пульс 104 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 120/75 мм рт. ст., температура тела 39,4°C. Язык суховат, обложен белым налетом. При осмотре живот мягкий, участвует в акте дыхания, при пальпации в нижних отделах несколько напряжен, болезненный. Перитонеальных симптомов нет. При перкуссии свободная жидкость в брюшной полости не определяется.

Осмотр в зеркалах: шейка матки и слизистая влагалища чистые. Из канала шейки матки выделяется гной.

Влагалищное исследование: наружные половые органы без патологических изменений. Влагалище нерожавшей женщины. Шейка матки конической формы, наружный зев закрыт. Тело матки четко не контурируется из-за резкой болезненности брюшной стенки. Правые придатки не пальпируются, болезненные, слева и сзади от матки определяется образование размерами 12x3 см, тугоэластической консистенции, резко ограниченное в подвижности, болезненное.

#### ВОПРОСЫ:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Тактика врача.
3. Принципы лечения.

### ЗАДАЧА №85

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная К., 29 лет. Обратилась в женскую консультацию с жалобами на бесплодие в течении 4 лет, общую слабость, потливость, временами повышение температуры тела до 37,2-37,5°C, периодически отмечает боли внизу живота ноющего характера.

В детстве перенесла корь, воспаление легких, страдала частыми ангинами, в 14 лет была произведена аппендэктомия, в 18 лет - тонзилэктомия. В семье больных туберкулезом не было. Имела контакт с больным туберкулезом на работе.

Менструация с 13 лет, установились сразу по 5-6 дней через 28 дней, обильные, безболезненные. Последние три года менструации стали иногда задерживаться на 5-10 дней. Половая жизнь с 25 лет, не предохраняется, беременность не наступает. Перенесенные гинекологические заболевания отрицает.

Объективное обследование: общее состояние удовлетворительное. Пульс 78 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД - 105/70 мм рт. ст. Отмечается некоторая бледность кожных покровов. Больная правильного телосложения, пониженного питания. Тоны сердца ясные, ритмичные. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание – в норме.

Осмотр при помощи зеркал: слизистая влагалища розового цвета, шейка матки конической формы, чистая, зев точечный. Выделения светлые.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно, без патологических изменений, оволосение по женскому типу. Влагалище нерожавшей женщины. Шейка матки конической формы, зев закрыт, смещения шейки матки болезненны. Матка размерами меньше нормы, плотная, подвижная, безболезненная, находится в правильном положении. Придатки не пальпируются, в области придатков с обеих сторон определяется тяжесть.

#### ВОПРОСЫ:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Что необходимо провести для уточнения этиологии воспалительного процесса?
3. Предложите лечение.

## ЗАДАЧА №86

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная С., 25 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на обильные, пенные бели с неприятным запахом, жжение, зуд в области наружных половых органов и чувство тяжести во влагалище. Больна в течение недели.

В детстве болела корью, скарлатиной. Наследственность не отягощена.

Менструации с 14 лет, установились сразу по 3-4 дня через 28 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Последняя менструация наступила в срок, за 10 дней до обращения к врачу. Половая жизнь с 18 лет. Была замужем. В настоящее время брак расторгнут. Две недели назад имела случайное половое сношение. Перенесенные гинекологические заболевания отрицает.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Пульс 86 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, напряжения. АД 115/70 мм рт. ст., температура тела 36,2°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Осмотр при помощи зеркал: имеется резкая гиперемия слизистой оболочки влагалища, ярко красная пятнистость в верхней его части, а также выраженная мацерация эпителия. При протирании стенок влагалища марлевым шариком, который окрашивается сукровичным отделяемым. В заднем влагалищном своде имеется скопление желтого гноя зеленоватого оттенка, жидкой консистенции, пенного вида.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей женщины. Шейка матки мышечной консистенции, зев закрыт, смещение шейки матки безболезненно. Матка плотная, подвижная и безболезненная, находится в правильном положении, имеет нормальную величину. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Свида влагалища глубокие.

### ВОПРОСЫ:

1. Предварительный диагноз.
2. Какие анализы необходимо провести для уточнения этиологии воспалительного процесса? Какую этиологию предполагаете?
3. Каковы принципы лечения?
4. Критерии излеченности.

### ЗАДАЧА №87

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная В., 48 лет, обратилась к урологу с жалобами на частое мочеиспускание. Была обследована, патологии со стороны мочевыделительной системы обнаружено не было. Рекомендована консультация гинеколога.

В детстве перенесла грипп, ангину, скарлатину, болезнь Боткина, аппендэктомия.

Менструации с 10 лет, установились сразу (по 3 дня, цикл 30 дней), умеренные, безболезненные. Последние годы менструации по 5 дней, умеренные.

Половая жизнь с 18 лет. Всего было две беременности, первая закончилась срочными родами (масса ребенка 4000г.), вторая – медикаментозным абортom (срок 6 недель), без осложнений.

Перенесла гинекологические болезни: эндометрит после родов. Со слов в течение последних пяти лет гинекологом обнаружена миома матки, однако на диспансерном учете у гинеколога не состояла, последний раз была два года назад.

Объективное обследование: состояние удовлетворительное. Пульс 88 ударов в минуту, ритмичный, хорошего наполнения. АД - 120/60 мм рт. ст.

Кожа и видимые слизистые розовые. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумы не определяются. В легких прослушивается везикулярное дыхание без хрипов. Живот мягкий, безболезненный, в нижних отделах его определяется плотное, подвижное образование на 2 см выше лона. Мочеиспускание частое, без рези, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Больная отмечает запоры по 2-3 дня. Выделения из половых путей отсутствуют.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище - рожавшей женщины. Шейка матки цилиндрической формы, не эрозирована. Матка увеличена до 14 недель беременности, с множеством миоматозных узлов. Один из них исходит из передней стенки матки до 8 см в диаметре. Придатки не определяются, область их безболезненная. Выделения слизистые, умеренные.

#### ВОПРОСЫ:

1. Какой диагноз поставил врач женской консультации?
2. Какой должна быть тактика врача женской консультации?
3. Какая программа обследования больной в женской консультации?
4. Каковы показания к операции?
5. Объем оперативного вмешательства для данной пациентки?



### ЗАДАЧА №88

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная З., 38 лет, поступила в гинекологическое отделение стационара с жалобами на обильные кровяные выделения из половых путей.

Считает себя больной в течение 4-х лет, когда стала отмечать обильные менструации со сгустками крови, схваткообразные боли внизу живота.

В детстве перенесла ангину, грипп. Страдает анемией последние 3 года, дважды лечилась в стационаре, получала антианемическую терапию.

Менструации с 12 лет, установились сразу по 7 дней через 30 дней, умеренные, безболезненные. Последний год через 15-16 дней, обильные со сгустками крови, болезненные. После менструации отмечает слабость, недомогание, мелькание «мушек» перед глазами. Половая жизнь с 22 лет. Всего было 4 беременности, двое срочных родов, два медицинских аборта в сроке 12 и 10 недель, без осложнений. Перенесенные гинекологические заболевания отрицает.

Объективно: состояние удовлетворительное. Пульс 100 уд/мин, ритмичный. АД 120/80 мм рт. ст. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Тоны сердца ритмичные, отмечается систолический шум на верхушке. В легких прослушивается везикулярное дыхание без хрипов. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание в норме.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей женщины. Шейка матки чистая. Из канала шейки матки обильные кровяные выделения. Матка увеличена до 10 недель беременности, шаровидной формы, плотная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их пальпации безболезненна. Выделения кровянистые, обильные.

#### ВОПРОСЫ:

1. Предварительный диагноз.
2. Тактика врача в данной ситуации.
3. Показания к операции и объем оперативного вмешательства.

### ЗАДАЧА №89

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная И., 46 лет, поступила в гинекологическую клинику с жалобами на кровотечение из половых путей.

В детстве перенесла корь, скарлатину, эпидемический паротит, частые ангины.

Менструации с 14 лет, установились сразу по 4-5 дней через 28 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация 2 месяца тому назад. Половая жизнь с 20 лет, брак – первый. Было 4 беременности, две из них закончились нормальными родами, две – хирургическими абортами по желанию в сроке 8 и 10 недель беременности. Роды и аборты без осложнений. Перенесенные гинекологические заболевания отрицает.

Последние шесть месяцев менструальный цикл нарушен: интервал между менструациями составляет 2-3 месяца. 15 дней назад у больной после 2-х месяцев отсутствия менструации началось кровотечение, которое продолжается до настоящего времени.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Пульс 78 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 110/70 мм рт. ст. Больная правильного телосложения, удовлетворительного питания, кожные покровы бледные. При обследовании патологии со стороны внутренних органов не выявлено.

Осмотр при помощи зеркал: слизистая влагалища и шейки матки чистая, наружный зев щелевидный, из зева – кровяные выделения.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно, оволосение на лобке – по женскому типу. Влагалище рожавшей женщины. Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев шейки матки закрыт. Тело матки находится в правильном положении, не увеличено, безболезненно при пальпации. Придатки с обеих сторон не определяются, область их пальпации безболезненна. Своды влагалища глубокие, свободные. Выделения кровянистые, обильные.

#### ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. План ведения, дополнительные методы обследования для уточнения диагноза.
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
4. Ожидаемый гистологический результат.
5. Рекомендации по дальнейшему ведению.

### ЗАДАЧА №90

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Больная Л. 26 лет доставлена машиной скорой помощи в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота и пояснице, иррадиирующие в прямую кишку, мажущие кровяные выделения из половых путей.

Заболела час назад. После акта дефекации появились резкие боли внизу живота, головокружение, тошнота, рвота.

В анамнезе одни роды без осложнений и один медикаментозный аборт. Менструальная функция не нарушена. Последняя менструация - полтора месяца назад.

Объективно: кожные покровы бледные, пульс 80 в минуту, слабого наполнения и напряжения. АД - 110/60 мм рт. ст. Живот несколько вздут, болезненный внизу живота.

При влагалищном исследовании определяется болезненность в нижних отделах живота, шейка матки цианотичная. Матка увеличена до 5 недель беременности. В области придатков справа пальпируется пастозность. Имеет место нависание заднего свода влагалища. Выделения скудные кровяные.

#### ВОПРОСЫ:

1. Предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику.
3. Тактика.
4. При каких условиях возможно проведение органосохраняющих операций при внематочной беременности.

### ЗАДАЧА № 91

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Роженица И., 29 лет, поступила в родильный блок в 21 час, с доношенной беременностью. Из анамнеза выяснено, что данная беременность вторая, первая закончилась срочными родами четыре года назад. Послеродовый период осложнился метроэндометритом. В течение последующих трех лет при регулярной половой жизни мер контрацепции не применяла, беременность не наступала. За время настоящей беременности врача женской консультации посещала регулярно со срока 5-6 недель. Беременность протекала с явлениями угрозы прерывания как в первую, так и во вторую половину. В связи с этим три раза находилась на стационарном лечении.

Схватки начались в 3 часа утра, околоплодные воды излились в 18 часов того же дня. В родовом отделении каждые три часа проводился контроль состояния плода путем не прямой КТГ, оценка по шкале Савельевой была 8-10 баллов.

Объективно: роженица утомлена. Общее состояние удовлетворительное, АД 120/80 мм рт. ст., ЧСС – 78 уд/мин, температура – 36,8<sup>0</sup>С. Размеры таза – 25-27-32-20 см, окружность живота 100 см, высота стояния дна матки 34 см. Родовая деятельность – регулярные схватки по 30-40 секунд через 3-4 минуты, с переходом в потуги, слабые. Положение плода продольное, предлежит головка, в полости малого таза. Сердцебиение плода ритмичное, приглушенное с тенденцией к урежению, частотой 120-100 уд/мин.

Влагалищное исследование: Влагалище свободное, растяжимое, шейка матки не определяется, плодного пузыря нет. Головка плода – в широкой части полости малого таза, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди, на головке небольшая родовая опухоль. Поступательного движения головки во время потуги не наблюдается.

#### ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Вероятные причины осложнения.
3. Начертите и оцените данные партограммы.
4. Тактика на данном этапе родового процесса.

## ЗАДАЧА №92

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Дежурный врач акушер-гинеколог приглашен в наблюдательное послеродовое отделение к родильнице А., 25 лет, 16 октября в 22 часа. Женщина предъявляет жалобы на озноб, головную боль, общее недомогание. Из анамнеза выяснено, что роды произошли 11 октября, были срочными, осложнились дородовым излитием околоплодных вод и длительным безводным периодом – 15 часов, общая продолжительность родового акта составила 12 часов 30 минут. Проводилась антибактериальная терапия. Роды закончились рождением здорового, доношенного мальчика массой тела 3600 г, длиной 52 см с оценкой по Апгар 7/8 баллов. При осмотре новорожденного неонатологом отмечены явления везикулопустулеза.

Данная беременность вторая, первая закончилась в октябре прошлого года медицинским абортom в сроке 12 недель, осложнившимся острым метроэндометритом и аднекситом, в связи с чем получала лечение в условиях гинекологического отделения. Полного курса лечения не закончила, из отделения ушла самовольно. Через 2,5 месяца наступила настоящая беременность, протекавшая с явлениями кандидозного вульвовагинита, проводилась санация влагалища, однако, полного эффекта достигнуто не было.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести, выражена бледность кожных покровов, пульс 100-110 уд/мин, удовлетворительного наполнения, температура тела – 38,5<sup>0</sup>С, частота дыхания 20 в минуту.

Живот мягкий, болезненный при пальпации в нижних отделах (в области гипогастрия), симптомы раздражения отрицательны. Печень и селезенка не увеличены, пальпация их безболезненна.

Влагалищное исследование: матка на 2 см ниже пупка, мягкой консистенции, болезненная при пальпации. Придатки не пальпируются, область пальпации безболезненна. Выделения из половых путей гнойные, с ихорозным запахом.

Лабораторно: в общем анализе крови (сiтo) эритроциты –  $3,0 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 102 г/л, лейкоциты  $16,5 \times 10^9/л$ , палочкоядерные – 14%.

### ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Факторы, предрасполагающие к возникновению данной патологии.
3. План обследования.
4. Лечебные мероприятия, их обоснование.
5. Возможные осложнения.

### ЗАДАЧА №93

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Первобеременная С., 25 лет, поступила в отделение патологии беременности по направлению женской консультации с диагнозом: беременность 36 недель, умеренная преэклампсия, хроническая гипоксия плода.

Данная беременность первая, наступила через 1,5 года после начала регулярной половой жизни, без соблюдения мер контрацепции. Наличие какой-либо соматической патологии до наступления настоящей беременности отрицает, адаптирована к АД 115/80 мм рт. ст.

В женской консультации наблюдается регулярно со срока 12 недель. Течение первой половины беременности без осложнений. Со срока 30 недель отмечено появление отеков на ногах, быстрое нарастание массы тела. В соответствии с рекомендациями врача женской консультации принимала отвары мочегонных трав, однако, отеки продолжали нарастать. Со срока 33 недель беременности отмечено повышение АД (максимально до 135/85 – 140/90 мм рт. ст.). На момент осмотра активно жалоб не предъявляет, голова не болит, зрение ясное.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы бледноватые, чистые. Голени, передняя брюшная стенка отечны. АД 140/90 мм рт. ст., ЧСС 76 уд/мин.

Регулярной родовой деятельности нет. Матка овоидной формы, с ровными, четкими контурами, в нормотонусе, безболезненная при пальпации. Положение плода продольное, предлежит головка, над входом в малый таз. Сердцебиение плода ритмичное, приглушено с частотой до 140 уд/мин.

При влагалищном исследовании: Шейка матки расположена по оси таза, длина влагалищной части 1,5 см; размягчена, внутренний маточный зев плавно переходит в нижний маточный сегмент, проходим для 2 см. Плодный пузырь цел, передних вод умеренное количество. Предлежит головка, над входом в малый таз. Швы и роднички четко не определяются.

Лабораторно: в общем анализе крови эритроциты  $4,0 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 125 г/л, гематокрит 42%; в биохимическом анализе крови общий белок 60 г/л, натрий 140 ммоль/л, калий 3.8 ммоль/л; в коагулограмме протромбиновый индекс 114%, фибриноген 4,44 г/л; в общем анализе мочи содержание белка 0,55 г/л.

#### ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Патогенез имеющихся синдромов.
3. Оценка ведения беременной в женской консультации.
4. Дальнейший план ведения беременной.

### ЗАДАЧА №94

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

Повторнородящая М., 24 года, поступила в родовое отделение в 9 часов с регулярной родовой деятельностью, начавшейся 6 часов назад. Ночью не спала, чувствует себя утомленной.

Из анамнеза выяснено, что женщина росла и развивалась соответственно возрасту. Менструальная функция не нарушена. Замужем с 21 года, настоящая беременность четвертая. Первая беременность закончилась 2 года назад срочными родами, носившими затяжной характер; проводилось родоусиление. В последующем были произведены 2 медицинских аборта в ранних сроках, без осложнений. В связи с настоящей беременностью наблюдалась регулярно со срока 5-6 недель. Течение беременности в первую и вторую половину – без осложнений.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, правильного телосложения, рост 160 см, масса тела 77 кг. АД 120/70 мм рт. ст., пульс 76 уд/мин. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Матка овоидной формы с ровными, четкими контурами, безболезненная при пальпации. ВДМ 35 см, ОЖ 100 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное с частотой 140 уд/мин. Размеры таза – 25-27-30-20 см.

Родовая деятельность – регулярные схватки по 30 секунд через 4-5 минут, средней интенсивности, умеренно болезненные.

Влагалищное исследование: большие половые губы гипопластичные, малые гипертрофированы; влагалище рожавшей, шейка матки расположена по центру, укорочена до 1 см, равномерно размягчена, во время схватки не спазмирует. Открытие маточного зева 5 см. Плодный пузырь вскрылся во время исследования, излились светлые околоплодные воды в количестве 100 мл. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева у лона. Головка прижата ко входу в малый таз. Диагональная конъюгата 11,5 см. Выделения – светлые околоплодные воды.

#### ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Начертите партограмму, оцените динамику открытия маточного зева.
3. Какие осложнения родов можно ожидать?
4. Какие лекарственные препараты можно использовать для родоусиления, объясните механизм действия.
5. План ведения родов на данном этапе.

### ЗАДАЧА №95

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)

На прием к врачу терапевту 30 июня обратилась беременная Л., 17 лет. Жалобы на слабость, головную боль, тошноту, боли в эпигастриальной области и правом подреберье. Болезна в течение 3-х суток: беспокоили слабость, боли в эпигастрии; сегодня появились тошнота, головная боль.

Из анамнеза выяснено, что росла и развивалась в соответствии с возрастом, в детстве часто болела ангиной. Менструальная функция не нарушена. Половая жизнь с 16 лет. Последняя менструация 7 месяцев назад. Данная беременность первая, наступила вне брака. В связи с беременностью на учете врача женской консультации не состояла, не обследована. Первая половина беременности протекала без осложнений. В течение 2-х последних недель появились отеки голеней, по совету соседки ограничивала себя в приеме жидкости до 600 мл в сутки, пила отвары мочегонных трав.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести, беременная возбуждена, эйфорична. Лицо пастозное, на кистях рук и голенях – отеки. АД 160/95 мм рт. ст. на правой руке и 150/90 мм рт. ст. – на левой. Пульс 90 уд/мин, ритмичный, удовлетворительных качеств. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные; шумов, акцентов нет. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Дно матки на середине расстояния между пупком и мечевидным

отростком, матка в нормотонусе. Пальпируются части плода, ощущаются его движения.

**ВОПРОСЫ:**

1. Предположительный диагноз и его обоснование.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.
3. Объясните патогенез жалоб больной.
4. Последовательность действий врача-терапевта в условиях поликлиники.

**ЗАДАЧА №96**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)**

Роженица М., 25 лет, повторнородящая, поступила в санитарный пропускник родильного дома в 18 часов. Настоящая беременность восьмая, протекала без осложнений. В анамнезе 6 медицинских аборт в ранних сроках и одни неосложненные роды. Схватки начались в 12 часов того же дня, воды излились в 10 часов утра.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, АД 120/80 мм рт. ст., ЧСС 78 уд/мин. Размеры таза 25-27-32-20 см, окружность живота 100 см, высота стояния дна матки 34 см. Матка овоидной формы с ровными, четкими контурами, в нормотонусе, безболезненная при пальпации. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ритмичное, ясное с частотой 132 уд/мин.

Родовая деятельность – регулярные схватки по 20-25 секунд через 3-4 минуты, монотонные, малоболезненные, без тенденции к усилению.

Влагалищное исследование: влагалище рожавшей, шейка матки мягкая, расположена по оси таза, укорочена до 1,5 см, открытие маточного зева 3 см. Внутренний зев развернут, плодный пузырь отсутствует, головка плода прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в поперечном размере, на головке небольшая родовая опухоль. Мыс не достижим при длине исследующих пальцев 11,5 см. Подтекают светлые околоплодные воды.

**ВОПРОСЫ:**

1. Диагноз и его обоснование.
2. Начертите партограмму и оцените течение родов.
3. Факторы, предрасполагающие к возникновению данной патологии.
4. В чем опасность несвоевременного излития околоплодных вод?
5. План дальнейшего ведения родов.

**ЗАДАЧА №97**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)**

Беременная С., 20 лет, обратилась в женскую консультацию 20 августа в связи с предполагаемой беременностью раннего срока. Дата последней менструации – 10 июня. Из анамнеза выяснено, что росла и развивалась соответственно возрасту, в детстве перенесла корь, скарлатину. Мать и бабушка беременной страдают гипертонической болезнью. Отмечает, что у матери во время беременности было высокое АД, в связи с чем сама женщина рождена с помощью операции наложения акушерских щипцов. Наличие какой-либо соматической патологии до наступления настоящей беременности отрицает. Женщина работает воспитателем в детском саду, одновременно продолжая заочное обучение в институте.

Менструации с 12 лет по 3-4 дня, умеренные, малоболезненные, цикл регулярный – 28 дней. Половая жизнь с 17 лет. От беременности предохранялась комбинированными оральными контрацептивами. Данная беременность первая, наступила в браке.

При первом осмотре в женской консультации жалоб не предъявляет.

Объективно: общее состояние удовлетворительное; АД на левой руке 110/70 мм рт. ст., на правой – 130/90 мм рт. ст. Беременная повышенного питания – ожирение I степени, распределение жира равномерное. Видимой патологии внутренних органов не выявлено.



При измерении АД были соблюдены правила измерения АД сидя в удобной позе, соблюдены правила наложения манжетки, в состоянии покоя, (после 5 минутного отдыха) 2 раза с интервалом не менее минуты. После измерения- АД на левой руке 125/80 мм рт. ст., на правой – 140/95 мм рт. ст.

Влагалищное исследование: влагалище узкое, нерожавшей. Тело матки соответствует размерам гусиного яйца, мягковатой консистенции, подвижное, безболезненное при пальпации. Придатки не пальпируются, область пальпации безболезненная. Своды свободны. Выделения слизистого характера, светлые, скудные.

**ВОПРОСЫ:**

1. Диагноз и его обоснование.
2. Риск каких осложнений беременности имеется у пациентки?
3. Составьте план диспансерного наблюдения пациентки.

**ЗАДАЧА №98**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)**

Первородящая С., 25 лет, доставлена в родильный дом с активной родовой деятельностью 13 октября в 16 часов. Из анамнеза выяснено, что околоплодные воды излились в 14 часов того же дня, через 30 минут отмечено развитие регулярной родовой деятельности.

Данная беременность первая, наступила через 1 год после начала регулярной половой жизни, в браке. Первый день последней менструации 20 января. Беременность протекала с явлениями угрозы прерывания в первую половину, лечилась амбулаторно, принимала спазмолитики.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, АД 125/80 мм рт. ст., ЧСС 82 уд/мин. Родовая деятельность – регулярные схватки по 45 секунд через 1,5-2 минуты, сильные, умеренно болезненные. Матка овоидной формы с ровными, четкими контурами, вне схватки в нормотонусе, безболезненная при пальпации. Положение плода продольное, предлежит головка, большим сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное с частотой 140 уд/мин.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей. Шейка матки сглажена, края тонкие, растяжимые. Открытие маточного зева 8-9 см. Плодный пузырь отсутствует. Предлежит головка, большим сегментом во входе в малый таз. Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа спереди. Мыс не достижим при длине исследующих пальцев 11,5 см. Подтекают светлые околоплодные воды.

**ВОПРОСЫ:**

1. Диагноз и его обоснование.
2. Оцените характер родовой деятельности по партограмме (партограмма физиологических родов отображена на обороте).
3. В чем опасность несвоевременного излития околоплодных вод?
4. Способы оценки родовой деятельности.
5. План дальнейшего ведения родов.

**ЗАДАЧА №99**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)**

Первобеременная Л., 20 лет, доставлена машиной скорой помощи в родильный дом в тяжелом состоянии после судорожного припадка, произошедшего дома час назад. Врачом скорой помощи введено внутривенно сульфата магния 25% - 16,0 мл болюсно в течение 10 минут, нифедипин 10 мг перорально.

По данным обменной карты срок беременности 37 недель. Врача женской консультации посещала нерегулярно, последний раз на приеме была 4 недели назад.

Объективно: общее состояние тяжелое, беременная в сознании, жалуется на головную боль, тошноту. О произошедшем припадке судорог беременная не помнит. Лицо одутловатое, на ногах и передней брюшной стенке выраженные отеки. АД 160/100 мм рт. ст. и 155/100 мм рт. ст. Родовой

деятельности нет.

Матка овоидной формы, соответствует гестационному сроку, с ровными, четкими контурами, в нормотонусе, безболезненная при пальпации. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное с частотой 140 уд/мин.

Влагалищное исследование не проведено вследствие высокой судорожной готовности.

**ВОПРОСЫ:**

1. Диагноз и его обоснование.
2. Последовательность мероприятий по неотложной помощи.
3. Необходимый объем дополнительных обследований.
4. Определите метод и время родоразрешения.

### **ЗАДАЧА №100**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17)**

В родильный зал поступила первородящая Н., 29 лет со срочными родами в 38 недель. После рождения головки плода в течение минуты на фоне хорошей родовой деятельности не произошло рождение плечиков. Головка плода плотно прижата подбородком к промежности роженицы, шея плода не доступна осмотру, головка плода несколько вдаётся в половую щель.

Беременность протекала на фоне крупного плода (предположительная масса 4100 грамм) без осложнений. Роды протекали обычно, без осложнений, продолжительность первого периода 7 часов.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, АД 120/80 мм рт. ст., ЧСС 70 уд/мин.

Матка овоидной формы, соответствует сроку гестации. Родовая деятельность хорошая, потуги через 1-2 минуты хорошей силы. Размеры таза: 26-29-31-22 см. Сердцебиение плода ритмичное, приглушено с частотой 132 уд/мин. Видимых отеков нет.

**ВОПРОСЫ:**

1. Диагноз и его обоснование.
2. Патогенез развития осложнения.
3. План дальнейшего родоразрешения.
4. Этапы оказания помощи.
5. Опишите технику выполнения эпизиотомии.