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

УТВЕРЖДАЮ

Декан педиатрического факультета

Доцент, к.м.н. Мошурова Л.В.

«22» апреля 2021 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Помощник врача стационара (терапевтического, хирургического и акушерско-гинекологического профиля)

для специальности	31.05.02 – «Педиатрия»
форма обучения	очная
факультет	педиатрический
кафедра	факультетской терапии
кафедра	факультетской хирургии
кафедра	акушерства и гинекологии №2
курс	4
семестр	8
аттестация	зачет с оценкой 8 (семестр)

Трудоемкость практики 252 (час.)/ 7 (зач. ед.)

Продолжительность практики 4/(28) недель/учебных дней

Рабочая программа клинической практики (помощник врача стационара терапевтического, хирургического и акушерско-гинекологического профиля) составлена согласно требованиям ФГОС ВО для специальности 31.05.02 – педиатрия и ориентирован на профессиональный стандарт «Врач-педиатр участковый» (утверждён Приказом министра труда и социальной защиты РФ 27.03.2017 №306н).

Составители
доцент кафедры факультетской терапии, к.м.н. Дробышева Е. С.,
доцент кафедры факультетской терапии, к.м.н. Овсянников Е.С.,
зав. кафедрой факультетской хирургии, профессор, д.м.н. Чередников Е.Ф.,
доцент кафедры факультетской хирургии, к.м.н. Полубкова Г.В.,
доцент кафедры факультетской хирургии, к.м.н. Деряева О.Г.
доцент кафедры акушерства и гинекологии №2, к.м.н. Хатунцев А. В.,
доцент кафедры акушерства и гинекологии №2, к.м.н. Шамарин С. В.,

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры факультетской терапии
«_12_» _____04_____ 2021 года, протокол №_12_

Заведующий кафедрой, д.м.н., профессор А. В. Будневский _____
(подпись)

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры факультетской хирургии
«_19_» _____04_____ 2021 года, протокол №_11_

Заведующий кафедрой, д.м.н., профессор Е. Ф. Чередников _____
(подпись)

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры акушерства и гинекологии №2
«_19_» _____04_____ 2021 года, протокол №_10_

Заведующий кафедрой, д.м.н., профессор Е.В.Енькова

Рецензенты
Зав. кафедрой поликлинической терапии, д.м.н., профессор Зуйкова А. А.
Зав. кафедрой общей хирургии, д.м.н., профессор Глухов А. А.
Зав. кафедрой акушерства и гинекологии №1, д.м.н., профессор Коротких И. Н.
Зам. главного врача по обслуживанию взрослого населения БУЗ ВО ВГКБ №11,
к.м.н. Слюсарев Е.А.

Программа рассмотрена на заседании ЦМК по специальности “Педиатрия”
20.04.2021г., протокол №_6_

1. ВИД ПРАКТИКИ, СПОСОБ И ФОРМА ПРОВЕДЕНИЯ

Клиническая практика (помощник врача стационара терапевтического, хирургического, акушерско-гинекологического профиля) проводится дискретно в медицинских организацияхг. Воронежа, Воронежской области и других областях РФ по месту жительства студента на основе договоров в 8 семестре в течение 24 дней.

2. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ПРАКТИКИ: обучение студентов основным этапам работы врача стационара терапевтического, хирургического, акушерско-гинекологического профиля и применение студентами своих знаний на практике в условиях стационара.

Задачи практики:

Знать:

основные этапы работы врача стационара терапевтического профиля:

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

основные этапы работы врача стационара по хирургическому профилю:

- порядок работы врача-хирурга стационара;
- состояние санитарно-эпидемического режима в ЛПУ;
- методику сбора жалоб, анамнеза жизни и анамнеза заболевания у пациента с хирургической патологией,
- методику физикального исследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) пациента с хирургической патологией,
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения различных заболеваний хирургического профиля,
- показания к использованию современных методов лабораторной и инструментальной диагностики
- современную классификацию заболеваний и критерии постановки диагноза;

- правила написания листов назначений;
- тактику ведения пациентов с хирургической патологией и при неотложных состояниях;
- методику проведения местной анестезии и новокаиновых блокад (паранефральной, круглой связки печени, межреберной и др.);
- методику выполнения пункций плевральной и брюшной полостей;
- принципы техники безопасности на рабочем месте и охрану от профессиональных заражений.

основные этапы работы врача стационара по акушерско-гинекологическому профилю:

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

Уметь:

***выполнять манипуляции врача стационара терапевтического профиля*:**

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

- правильно оформить медицинскую документацию;
- дать ближайший и отдаленный прогноз, рекомендации для амбулаторного лечения.

***выполнять манипуляции врача стационара хирургического профиля*:**

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

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

- применить полученные знания при наблюдении за беременными;
- собрать анамнез;
- правильно проводить обследование, профилактику, диагностику и лечение беременной женщины;
- измерить размеры таза, определить расположение плода;
- провести наружное акушерское исследование беременных с поздним сроком беременности, оценить состояние плода;
- определить членорасположение плода, высоту стояния дна матки;
- определить окружность живота;
- определить срок родов и уточнить срок беременности;
- провести аускультацию сердцебиения плода;
- высчитать предполагаемый вес плода;
- распознать 30-недельную беременность;

- оказать первую помощь при неотложных состояниях матери, плода;
- оценить состояние новорожденного по шкале Апгар;
- оценить данные УЗИ, КТГ при различной степени тяжести гестоза;
- грамотно и четко вести документацию беременной;
- назначить лабораторное обследование на: гонорею, трихомониаз, сифилис, гарднереллез, кандидоз, хламидиоз, СПИД, токсоплазмоз, резус-конфликт.

Владеть:

навыками врача стационара терапевтического профиля:

- основными общеклиническими методами обследования;
- алгоритмом постановки предварительного диагноза;
- медицинскими манипуляциями;
- техникой выполнения экстренной медицинской помощи при неотложных состояниях.

***техникой врача стационара хирургического профиля*:**

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

техникой врача стационара по акушерско-гинекологическому профилю:

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

Требования к результатам прохождения практики

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

№	Код компетенции	Содержание компетенции (или ее части)	В результате прохождение практики, обучающиеся должны:			
			Знать	Уметь	Владеть	Оценочные средства*
1.	ОК-4	Способность действовать в нестандартных ситуациях, нести социальную и этическую ответственность за принятые решения	- определение понятий социальной и этической ответственности при принятии решений; - алгоритм действий в стандартных систуациях; - альтернативый порядок действий в нестандартных ситуациях; – - взаимоотношения врач-пациент, врач-среда.	- анализировать альтернативные варианты действий в нестандартных ситуациях; - оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; – - определять меру социальной и этической ответственности за принятые решения.	- основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями; - подходами к оценке действийв нестандартных ситуациях; - методами оценки социальной и этической ответственности за принятые решения.	Фрагмент истории болезни Вопросы к собеседованию Тесты Ситуационные задачи
2	ОПК-1	готовность решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической	библиографические ресурсы, медико-биологической терминологию, информационно-коммуникационных технологии для решения профессионнальных задач.	готовность решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, безопасности.	библиографическими ресурсами, медико-биологической терминологией, информационно-коммуникационных технологиями для решения профессионнальных задач.	Ситуационные задачи

		терминологии				
3	ОПК-4	способность и готовность реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности	-морально-этические нормы правила и принципы профессионального врачебного поведения; - права пациента и врача;	применить правила врачебной этики и деонтологии в работе;	- соблюдать врачебную тайну; - соблюдать принципы врачебной этики и деонтологии;	Фрагмент истории болезни Ситуационные задачи
4	ОПК-6	готовность к ведению медицинской документации	– правила оформления медицинской документации в хирургическом стационаре	оформлять истории болезни, выписные и этапные эпикризы, листы назначений больным хирургического профиля	– навыками оформления истории болезни, выписные и этапные эпикризы, листы назначений больным хирургического профиля	Вопросы к собеседованию Практические навыки
5	ОПК-8	Готовность к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач.	– лекарственные препараты в медицинской практике.	применять лекарственные препараты и иные вещества и их комбинации при решении профессиональных задач.	навыками применения лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач. –	Тесты Ситуационные задачи
6	ОПК-9	Способность к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека	– морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека.	оценить морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных	– способностью к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач.	Ситуационные задачи

		для решения профессиональных задач.		задач.		
7	ПК-5	Готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания	-клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных острых хирургических заболеваний; -современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования хирургических больных (включая эндоскопические рентгенологические методы ультразвуковую диагностику)	- собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников; - провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация аускультация); - провести первичное обследование дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной и мочевыделительной систем; -поставить предварительный диагноз больным с хирургической патологией.	-алгоритмом сбора анамнеза и физикального осмотра хирургического больного; -алгоритмом постановки предварительного диагноза у больных с острой хирургической патологией.	Фрагмент истории болезни Вопросы к собеседованию Тесты Ситуационные задачи Приктические навыки
8	ПК-6	способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной	- этиологию, патогенез наиболее часто встречающихся заболеваний; - современную классификацию заболеваний (МКБ); - клиническую картину, наиболее	- провести общеклиническое обследование; -наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза и получения достоверного	- методами общеклинического обследования; - интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; -алгоритмом развернутого клинического диагноза - алгоритмом постановки	Фрагмент истории болезни Вопросы к собеседованию Тесты

		статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра	распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп; - современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных (включая эндоскопические, рентгенологические методы, ультразвуковую диагностику); – критерии диагноза различных заболеваний -этиологию, патогенез наиболее часто встречающихся острых хирургических заболеваний; -клинические проявления основных хирургических синдромов, а также клинические симптомы повреждений органов брюшной полости; –-критерии диагноза острых хирургических заболеваний.	результата; -сформулировать клинический диагноз -сформулировать клинический диагноз у больных с острой хирургической патологией	развернутого клинического диагноза у больных с острой хирургической патологией.	Ситуационные задачи Приктические навыки
9	ПК-8	способность к определению тактики ведения пациентов с	-особенности течения наиболее	-разработать план диагностических и	-основными врачебными диагностическими и лечебными	Фрагмент истории болезни

		различными нозологическими формами	распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп; -методы диагностики, лечения и показания к их назначению; -современные методы клинического, лабораторного и инструментального обследования хирургических больных; -методы лечения и показания к их применению при острой хирургической патологии	терапевтических действий в соответствии с выставленным диагнозом; -наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза и получения достоверного результата; - разработать план хирургических действий	мероприятиями; - написать лист назначения больному. -интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики.	Вопросы к собеседованию Тесты
10	ПК-10	готовность к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской	- возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп; -критерии диагноза осложнений; - современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных для выявления острых состояний;	- оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; - сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств; - использовать в лечебной деятельности методы	- интерпретация результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; - основными врачебными мероприятиями по оказанию медицинской помощи при внезапных острых состояниях, обострении хронических заболеваний; - написать лист назначения больному;	Фрагмент истории болезни Вопросы к собеседованию Тесты Ситуационные задачи

		помощи	- методы лечения и показания к их назначению;	первичной и вторичной профилактики (на основе доказательной медицины);		
11	ПК-12	Готовность к ведению физиологической беременности, приему родов.	ведение физиологической беременности, прием родов.	определить тактику ведения пациенток с физиологической беременностью.	навыками ведения физиологической беременности, приема родов.	Фрагмент истории болезни Вопросы к собеседованию Тесты Ситуационные задачи

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

3. МЕСТО ПРАКТИКИ В СТРУКТУРЕ ООП ВО

Клиническая практика (помощник врача стационара терапевтического, хирургического, акушерско-гинекологического профиля) относится к базовой части Б.2.Б.06 (П) блока Б.2 - практики, в том числе научно-исследовательская работа (НИР)

3.1. Для прохождения практики необходимы знания, умения и навыки, формируемые следующими дисциплинами и практиками: в **блоке Б.1. Базовой части*:*** биоэтика, правоведение, латинский язык, анатомия, биохимия, пропедевтика внутренних болезней, лучевая диагностика, факультетская терапия, профессиональные болезни, факультетская хирургия, акушерство и гинекология; в **блоке Б.2. Базовой части:** помощник палатной медицинской сестры, помощник процедурной медицинской сестры

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

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

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

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

3.2. Прохождение практики необходимо для знаний, умений и навыков, формируемых последующими дисциплинами и практиками: **в блоке Б.1 Базовой части:** госпитальная терапия, фтизиатрия, госпитальная хирургия. Клиническая фармакология. В **блоке Б.2 Базовой части:** помощник врача детской поликлиники

Знания: заболевания, связанные с неблагоприятным воздействием климатических и социальных факторов; основы профилактической медицины, организацию профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения; методы санитарно-просветительской работы; ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях; санитарно-гигиенические требования к устройству, организации и режиму работы больниц, отделений; основы организации амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи взрослому населению, современные организационные формы работы и диагностические возможности поликлинической службы; принципы диспансерного наблюдения различных возрастно-половых и социальных групп населения, реабилитация пациентов; особенности организации и основные направления деятельности участкового врача и врача общей практики; методы проведения неотложных мероприятий и показаниядля госпитализации больных; ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации, осуществление экспертизы трудоспособности;

Умения: планировать, анализировать и оценивать качество медицинской помощи, состояние здоровья населения и влияние на него факторов окружающей и производственной среды; выполнять профилактические, гигиенические и противоэпидемические мероприятия; определить статус пациента, провести физикальное обследование пациента; оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания медицинской помощи; поставить предварительный диагноз; сформулировать клинический диагноз; разработать план терапевтических (хирургических) действий, с учетом протекания болезни и ее лечения; сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств; применять различные способы введения лекарственных препаратов; использовать в лечебной деятельности методы первичной и вторичной профилактики; заполнять историю болезни, выписать рецепт, перед операцией и хирургическими манипуляциями обработать руки, операционное поле.

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

4. ОБЪЁМ ПРАКТИКИ

Общая трудоемкость практики – 7 З.Е./252 ч
Клиническая практика –7 з.е./252 ч
Рабочий день студента - 6 часов (360 мин), 6-дневная рабочая неделя.

5. СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИКИ

№ п/п	Разделы практики	Виды учебной работы, включая самостоятельную работу обучающегося и трудоемкость (в часах)		Формы текущего контроля
		Аудиторная работа (6ч = 270 мин в день)	**Самостоятельная работа (3ч =135 мин в день)**	
1	**Раздел I Проведение организационно-методического собрания со студентами, подготовка их к прохождению практики**			Согласно графику
1.1.	*Инструктаж по получению допуска к практике, по оформлению соответствующей документации к практике*			Учет посещаемости собрания (явочный лист)
1.2.	*Освоение практических навыков на фантомах и муляжах под контролем преподавателя*	На практических занятиях в течение цикла, согласно расписанию	Работа в центре практической подготовки под контролем преподавателя	Демонстрация манипуляций Опрос Аттестация навыков Допуск студентов к практике Отчет практики.
1.3.	*Инструктаж по технике безопасности и по правилам поведения в лечебном учреждении*			Журнал по технике безопасности ЛПУ Отчет практики.
2	**Раздел II Выполнение индивидуальных заданий - работа в стационаре в качестве помощника врача стационара терапевтического, хирургического, акушерско-гинекологического профиля**	На клинической базе под контролем преподавателя	Работа с литературными источниками. Оформление соответствующих разделов отчета.	Отчет практики

			Написание истории болезни	
2.1.	*Курирование пациентов совместно с врачом.*	90 мин – ежедневно	Работа с литературными источниками. Оформление соответствующих разделов отчета. Написание истории болезни	Отчёт практики
2.2.	*Проведение первичного осмотра пациента совместно с врачом, постановка предварительного диагноза, определение тактики дополнительного обследования и лечения*	45 мин	Работа с литературными источниками. Оформление соответствующих разделов отчета. Написание истории болезни	
2.3.	*Оформление медицинской документации совместно с врачом*	90 мин – ежедневно	Работа с литературными источниками. Оформление соответствующих разделов отчета. Написание истории болезни	Отчет практики
2.4.	*Проведение санитарно-просветительской работы с пациентами, бесед по формированию здорового образа жизни*	45 мин	Работа с литературными источниками. Оформление соответствующих разделов дневника. Написание истории болезни	Отчет практики
2.5.	*Оказание помощи пациентам с неотложными состояниями*	45 мин	Работа с литературными источниками. Оформление соответствующих разделов отчета. Написание истории болезни	Отчет практики
2.6.	*Оформление учетно-отчетной документации*	45 мин	Работа с литературными источниками. Оформление соответствующих	Отчет практики Рабочая тетрадь по модулю

			разделов отчета. Написание истории болезни	«Хирургия» Истории болезни, истории родов
3	**Раздел III** **Научно-исследовательская работа**	Не предусмотрена		
4	**Раздел IV** **Зачет с оценкой - аттестация студентов по окончанию практики, подведение итогов практики**		Обсуждение курированных больных, ответ на билет	Отчет практики. Внесение оценки за практику в соответствующий раздел зачетной книжки студента.

6. ФОРМЫ ОТЧЁТНОСТИ/КОНТРОЛЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОХОЖДЕНИЯ ПРАКТИКИ

6.1. Отчет по практике
6.2. Отзывы от базы практики – индивидуальные
6.3. Академическая история болезни (модуль терапия, хирургия)
6.4. Рабочая тетрадь по модулю хирургия
6.5. История родов (модуль акушерство)

7. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ПРАКТИКЕ

7.1 Перечень оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по практике:

1. Вопросы для собеседования по разделам «Терапия», «Хирургия», «Акушерство» (приложение №1 к рабочей программе).
2. Наборы тестовых заданий «Терапия», «Хирургия», «Акушерство» (приложение №2 к рабочей программе).
3. Ситуационные задачи «Терапия», «Хирургия», «Акушерство» (приложение №3 к рабочей программе).
4. Перечень практических навыков «Терапия», «Хирургия», «Акушерство» (приложение №4 к рабочей программе).
5. Критерии оценивания при аттестации по итогам прохождения практики.

7.2 Примеры оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по практике:

ВОПРОСЫ ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ

- Составление плана обследования больного с язвенной болезнью в стационарных условиях. Написание нормальных значений исследования крови: протромбиновый индекс, время свертывания крови, МНО, общий анализ крови.
- Написание листа назначения больному с острым нарушением ритма - желудочковая экстрасистолия по типу бигемении.

- Методика проведения абдоминальной пункции. Техника выполнения процедуры, показания к проведению абдоминальной пункции, осложнения при проведении пункции.
- Острый аппендицит. Клиника, диагностика и лечение.
- Клиника и ведение физиологических родов.
- Физиологический послеродовый период. Период новорожденности.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

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

Вопросы:

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

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

Вопросы:

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

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

Данные анамнеза. Росла здоровым ребенком, в детстве перенесла корь, взрослой—грипп. Менструация началась в 14-летнем возрасте, нормальная, установилась сразу, продолжительностью 3 дня через 4 недели. Замужем с 22 лет. Первая беременность закончилась срочными родами (масса плода 3900 г, ребенок жив). Вторая и третья беременности прерваны искусственно, без осложнений, четвертая закончилась самопроизвольными родами, продолжающимися около 2 суток. Ребенок родился массой 4150 г, умер через 1 ч после рождения. Настоящая беременность пятая, протекала без осложнений, женщина регулярно посещала женскую консультацию.

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

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

Ориентировочная масса плода — 4900 г. Истинная конъюгата, вычисленная по наружной с учетом индекса Соловьева,— II см.
Схватки частые, сильные, очень болезненные, продолжительностью 45—'50 с через 2—3 мин.
Данные влагалищного исследования. Влагалище рожавшей женщины, шейка матки сглажена, раскрытие зева на 6 см. Плодный пузырь вскрылся во время исследования. Излилось умеренное количество вод (около 500мл). Предлежащая голова плода прижата ко входу в малый таз. Лобный шов в поперечном размере входа в малый таз. Слева по ходу шва достигается передний угол большого родничка, справа пальпируются надбровные дуги и корень носа. Мыс крестца не достигается. Экзостозов нет.
Вопросы:
1. Диагноз.
2. Клинические данные, подтверждающие диагноз.
3. Биомеханизм родов при описанном предлежании. Величина окружности головы плода, проходящей через малый таз при описанном предлежании. Какому размеру головы соответствует эта окружность? Какая форма головы будет у плода при этих родах?
4. Тактика ведения родов. Прогноз родов при этом виде предлежания.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1. К СИНДРОМУ ПОРАЖЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ОТНОСЯТ:
1) усиление голосового дрожания
2) укорочение перкуторного звука
3) боли в грудной клетке при глубоком дыхании, при кашле
4) появление влажных среднепузырчатых хрипов

2. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ АНГИНОЗНОГО ПРИСТУПА ЯВЛЯЕТСЯ:
1) атропин
2) нитроглицинин
3) мексидол
4) триметазидин

3. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЛАПАРОЦЕНТЕЗА:
1) перитонит
2) тупая травма живота, проникающее ранение брюшной стенки
3) подозрение на "острый" живот
4) накопление жидкости в брюшной полости
5) все выше перечисленное

4. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ВО ВТОРОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА ЯВЛЯЕТСЯ
1) запрокидывание ручек плода за головку
2) разгибание головки плода
3) поворот плода спинкой кпереди
4) правильно а) и б)
5) все перечисленное

6.ПРИ ОПЕРАЦИИ ИЗВЛЕЧЕНИЯ ПЛОДА ЗА НОЖКУ АКУШЕР ЗАХВАТЫВАЕТ НОЖКУ
1) обращенную кзади
2) обращенную впереди
3) принципиального значения не имеет
4) зависит от плоскости, в которой находятся ягодицы плода

7. К ПОСОБИЮ ПО МЕТОДУ ЦОВЬЯНОВА ПРИ ЧИСТОМ ЯГОДИЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА ПРИСТУПАЮТ, КОГДА
1) прорезывается передняя ягодица
2) прорезывается задняя ягодица
3) плод рождается до пупочного кольца

4) плод рождается до угла лопаток
5) прорезываются обе ягодицы

ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ.

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

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ПРИ АТТЕСТАЦИИ ПО ИТОГАМ ПРОХОЖДЕНИЯ ПРАКТИКИ

Критерии оценивания устного опроса

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

Критерии оценивания ситуационной задачи

Критерий/оценка	Отлично	Хорошо	Удовлетворительно	Неудовлетворительно
Наличие правильных ответов на вопросы к ситуационной задачи	Правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания	Правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания	Правильные ответы даны на 2/3 вопросов, выполнены 2/3 заданий	Правильные ответы даны на менее ½ вопросов, выполнены менее ½ заданий
Полноты и логичность изложения ответов	Достаточно высокая во всех ответах	Достаточная в 2/3 ответах	Большинство (2/3) ответов краткие, неразвернутые	Ответы краткие, неразвернутые, «случайные»

Критерии оценки результатов тестирования

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

Критерии оценивания учебной истории болезни

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

		объективного исследования в постановке диагноза и решении лечебно-диагностических задач	обладающий необходимыми знаниями и способностями для их устранения под руководством преподавателя	

Критерии оценки отчёта по практике

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

Критерии оценивания практических умений

Отлично	**Хорошо**	**Удовлетворительно**	**Неудовлетворительно**
Знает в полном объеме, умеет объяснить диагностическую и лечебную манипуляцию, профессионально ориентируется, знает показания к проведению, самостоятельно выполняет манипуляцию	Знает в полном объеме, умеет объяснить диагностическую и лечебную манипуляцию, профессионально ориентируется, знает показания к проведению. Выполняет манипуляцию (общеклиническое обследования больного, беременной, роженицы, внутримышечные,	Знает в полном объеме, умеет объяснить манипуляцию, профессионально ориентируется, знает показания к проведению. Участвует в выполнении манипуляции (общеклиническое обследования больного, беременной, роженицы, внутримышечные, подкожные, внутривенные инъекции, плевральные и абдоминальные пункции, определение группы крови и резус-фактора, пробы на совместимость,	Не имеет представление и не умеет объяснить диагностическую и лечебную манипуляцию, профессионально ориентироваться, знать показания к проведению манипуляций.

	подкожные, внутривенные инъекции, плевральные и абдоминальные пункции, определение группы крови и резус-фактора, пробы на совместимость, переливания крови и кровезаменителей; новокаиновые блокады, наложение бинтовых и косыночных повязок выполнения промывания желудка, постановки мягкого мочевого катетера, очистительной и сифонной клизм, записи электрокардиограммы, проведение реанимационных мероприятий (искусственное дыхание, непрямой массаж сердца), проведение пальпации молочных желез, выслушивание сердцебиения плода, составление графиков изменения базальной температуры, проведение общего акушерского исследования и специального акушерского (пельвиометрия, наружное акушерское исследование)) под контролем врача	переливания крови и кровезаменителей; новокаиновые блокады, наложение бинтовых и косыночных повязок выполнения промывания желудка, постановки мягкого мочевого катетера, очистительной и сифонной клизм, записи электрокардиограммы, проведение реанимационных мероприятий (искусственное дыхание, непрямой массаж сердца), проведение пальпации молочных желез, выслушивание сердцебиения плода, составление графиков изменения базальной температуры, проведение общего акушерского исследования и специального акушерского (пельвиометрия, наружное акушерское исследование процедуры и т.п.)).	

РАСЧЁТ ТЕКУЩЕГО И ПРОМЕЖУТОЧНОГО РЕЙТИНГА ПО КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ (ПОМОЩНИК ВРАЧА СТАЦИОНАРА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО, ХИРУРГИЧЕСКОГО И АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ)

Формирование промежуточного рейтинга по клинической практике «Помощник врача» предполагает суммирование рейтинговых баллов по разделам «Терапия», «Хирургия», «Акушерство» с учётом коэффициента для каждого раздела. Коэффициент по разделам определяется количеством рабочих дней практики по разделу при 6-часовом рабочем дне и 6-дневной рабочей неделе: «Терапия» (Т) - 10 дней, «Хирургия» (Х) - 10 дней, «Акушерство» (А) - 8 дней.

Промежуточный рейтинг клинической практике (помощник врача стационара терапевтического, хирургического и акушерско-гинекологического профиля) = ПРТ×0,035+ПРХ×0,35+ПРА×0,3; где

ПРТ – промежуточный рейтинг по разделу «Терапия»
ПРХ– промежуточный рейтинг по разделу «Хирургия»
ПРА– промежуточный рейтинг по разделу «Акушерство»

Расчёт текущего и промежуточного рейтинга по разделу «Терапия»

Промежуточный рейтинг рассчитывается по формуле:
ПРТ = Текущий рейтинг«Т»×0,6 + Экзаменационный рейтинг «Т»×0,4
Текущий рейтинг включает оценку по следующим рейтинговым разделам:
Посещаемость (П);
История болезни 1 (ИБ1);
История болезни 2 (ИБ2);
Оформление отчётной документации по практике (Д);
Тестирование (Тест).
Для расчета рейтинга посещаемости следует произвести расчеты по схеме: посетил все дни – 10 рейтинговых баллов, вес каждого дня определяется путем деления 10 на количество посещённых рабочих дней, т.е. на 10 дней. Таким образом, вес каждого посещённого рабочего дня составляет 1 балл.
Истории болезни 1 и 2 оцениваются по 5-балльной системе. Максимальная оценка 5 (отлично) соответствует 10 рейтинговым баллам.
Оформление отчёта по практике оценивается по 5-балльной системе. Максимальная оценка 5 (отлично) соответствует 10 рейтинговым баллам.
Результаты тестирования оцениваются согласно доле (в процентах) правильных ответов. Минимальное количество правильных ответов – 56%.
Формула для расчёта текущего рейтинга по разделу «Терапия»:

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

Экзаменационный рейтинг включает оценку по следующим рейтинговым разделам:
Интерпретация результатов лабораторного или инструментального исследования (И);
Практический навык (ПН);
Ситуационная задача (СЗ);
Теоретический вопрос (В).
Каждый раздел оценивается по 5-балльной системе. Максимальная оценка 5 (отлично) соответствует 10 рейтинговым баллам.

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

Расчёт текущего и промежуточного рейтинга по разделу «Хирургия»

Промежуточный рейтинг рассчитывается по формуле:
ПРХ = Текущий рейтинг «Х»×0,6 + Экзаменационный рейтинг «Х»×0,4

Текущий рейтинг включает оценку по следующим рейтинговым разделам:
посещаемость;
тестирование;
оформление документации;
история болезни.

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

Экзаменационный рейтинг включает оценку по следующим рейтинговым разделам:
практические навыки;
ситуационная задача;
собеседование.

Экзаменационный рейтинг «Х» = ((оценка за практические навыки *0,2) + (оценка за решение задачи*0,2) + (оценка за устный ответ*0,6))*20

Расчёт текущего и промежуточного рейтинга по разделу «Акушерство»

Промежуточный рейтинг рассчитывается по формуле:
ПРА = Текущий рейтинг «А»×0,6 + Экзаменационный рейтинг «А»×0,4
Текущий рейтинг включает оценку по следующим рейтинговым разделам:
посещаемость;
тестирование;
оформление документации;
история родов.

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

Экзаменационный рейтинг включает оценку по следующим рейтинговым разделам:
практические навыки;
ситуационная задача;
собеседование.

Экзаменационный рейтинг «А» = ((оценка за практические навыки *0,2) + (оценка за решение задачи*0,2) + (оценка за устный ответ*0,6))*10

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

8.1. Перечень основной литературы

№ п/п	Наименование согласно библиографическим требованиям	Кол-во экземпляров	
		На кафедре	В библиотеке
1	2	3	4
1.	Внутренние болезни : учебник : в 2 т. Т. 1 / под редакцией В. С. Моисеева, А. И. Мартынова, Н. А. Мухина. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2019. – 960 с. – ISBN 978–5–9704–5314–8. – URL: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970453148.html. – Текст : электронный	-	-
2.	Внутренние болезни : учебник : в 2 т. Т. 1 / под редакцией В. С. Моисеева, А. И. Мартынова, Н. А. Мухина ; –3-е изд., испр. и доп. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2015. – 960 с. : ил. – ISBN 978–5–9704–3309–6(общ.) ; 978–5–9704–3310–2(т.1).		125

3.	Внутренние болезни : учебник : в 2 т. Т. 2 / под редакцией В. С. Моисеева, А. И. Мартынова, Н. А. Мухина. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2019. – 896 с. – ISBN 978–5–9704–5315–5. – URL: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970453155.html. – Текст : электронный	-	-
4.	Внутренние болезни : учебник : в 2 т. Т. 2. / под редакцией В. С. Моисеева, А. И. Мартынова, Н. А. Мухина ; – 3-еизд., испр. и доп. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2015. – 896 с.+1 компакт-диск : ил. – ISBN 978–5–9704–3309-6 (общ.) ; 978–5–9704–3311–9.	-	125
5.	Мурашко, В. В. Электрокардиография : учебное пособие /В. В. Мурашко, А. В. Струтынский. – 11-е изд. – Москва : МЕДпресс-информ, 2016. – 320 с. – ISBN 978–5–0003–0021–3. – URL: https://www.books-up.ru/ru/book/elektrokardiografiya-196967/ – Текст: электронный.	-	-
6.	Хирургические болезни : учебник / под редакцией М. И. Кузина. – 4–е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2017. – 992 с. – ISBN 978–5–9704–3984–5, 987–5–9704–4646–1. – URL: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970439845.html, http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970446461.html. – Текст: электронный (дата обращения: 24.06.2021г.)	-	-
7.	Хирургические болезни : учебник : в 2 т. Т. 1 / под редакцией В. С. Савельева, А. И. Кириенко. – 2–е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2017. – 720 с. – ISBN 978–5–9704–3998–2. – URL: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970439982.html. – Текст: электронный (дата обращения: 24.06.2021г.)	-	-
8.	Хирургические болезни : учебник : в 2 т. Т. 2 / под редакцией В. С. Савельева, А. И. Кириенко. – 2–е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2017. – 688 с. – ISBN 978–5–9704–3999–9. – URL: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970439999.html. – Текст: электронный (дата обращения: 24.06.2021г.)	-	-
9.	Акушерство: учебник для вузов / Савельева Г.М., Шалина Р.И., Сичинава Л.Г., Панина О.Б., Курцер М.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 656 с.).	5	50
10.	Акушерство: учебник для мед вузов / Айламазян Э.К. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 704	5	100
11.	Акушерство. Руководство к практическим занятиям. Учебное пособие/ под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 728	5	50

8.2. Перечень дополнительной литературы

№ п/п	Наименование согласно библиографическим требованиям	Кол-во экземпляров	
		На кафедре	В библиотеке
1	2	3	4

1.	Гастроэнтерология: национальное руководство / под редакцией В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2018. – ISBN 978–5–9704–4406–1. – URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html. – Текст: электронный.	-	-
2.	Гематология: национальное руководство / под редакцией О. А. Рукавицына. – Москва: ГЭОТАР–Медиа, 2019. – 784 с. – ISBN 978–5–9704–5270–7. – URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970452707.html. – Текст: электронный.	-	-
3.	Кардиология: национальное руководство / под редакцией Е. В. Шляхто. – 2–е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2019. – 800 с. – ISBN 978–5–9704–4810–6. – URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448106.html. – Текст: электронный.	-	-
4.	Пульмонология: национальное руководство: краткое издание / под редакцией А. Г. Чучалина. – Москва :ГЭОТАР–Медиа, 2018. – 800 с. – ISBN 978–5–9704–4814–4. – URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448144.html. – Текст: электронный.	-	-
5.	Ройтберг, Г. Е. Внутренние болезни. Печень, желчевыводящие пути, поджелудочная железа : учебное пособие / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский. – 2-е изд. – Москва: МЕДпресс-информ, 2016. – 632 с. – ISBN 9785000303498. – URL: https://www.books-up.ru/ru/book/vnutrennie-bolezni-pechen-zhelchevyvodyacshie-puti-podzheludochnaya-zheleza-278566/. – Текст: электронный.	-	-
6.	Ройтберг, Г. Е. Внутренние болезни. Сердечно-сосудистая система: учебное пособие / Г. Е. Ройтберг, А. В.Струтынский. – 4-е изд. – Москва : МЕДпресс-информ, 2016. – 896 с. – ISBN 9785000300145. – URL: https://www.books-up.ru/ru/book/vnutrennie-bolezni-serdechno-sosudistaya-sistema-194740/. – Текст: электронный.	-	-
7.	Ройтберг, Г. Е. Внутренние болезни. Система органов дыхания: учебное пособие / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский. – 3-е изд. – Москва : МЕДпресс-информ, 2016. – 512 с. – ISBN 9785000303504. – URL: https://www.books-up.ru/ru/book/vnutrennie-bolezni-cistema-organov-dyhaniya-279938/. – Текст : электронный.	-	-
8.	Ройтберг, Г. Е. Внутренние болезни. Система органов пищеварения: учебное пособие / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский. – 4-е изд. – Москва : МЕДпресс-информ, 2016. – 560 с. – ISBN 9785000300558. – URL: https://www.books-up.ru/ru/book/vnutrennie-bolezni-sistema-organov-picshevareniya-216050/. – Текст : электронный.	-	-
9.	Абдоминальная хирургия / под редакцией И. И. Затевахина, А. И. Кириенко, В. А. Кубышкина. – Москва : ГЭОТАР–	-	-

	Медиа, 2017. – 912 с. – ISBN 978–5–9704–4404–7. – URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444047.html. – Текст: электронный (дата обращения: 24.06.2021г.)		
10.	Власов, А. П. Диагностика острых заболеваний живота : руководство / А. П. Власов, М. В. Кукош, В. В. Сараев. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2014. – 448 с. – ISBN 978–5– 9704–3006–4. – URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970430064.html. – Текст: электронный	-	-
11.	Госпитальная хирургия. Синдромология : учебное пособие / А. Г. Абдулаев, Е. Е. Ачкасов, Ю. В. Бирюков [и др.] ; под редакцией Н. О. Миланова, Ю. В. Бирюкова, Г. В. Синявина. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2013. – 440 с. – ISBN 978–5–9704–2434–6. – URL: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970424346.html. – Текст: электронный	-	-
12.	Гостищев, В. К. Клиническая оперативная гнойная хирургия : руководство для врачей / В. К. Гостищев. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2016. – 448 с. – ISBN 978–5–9704–3750–6. – URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437506.html. – Текст: электронный	-	-
13.	Клиническая хирургия : в 3 т. Т. 2 / под редакцией В. С. Савельева, А. И. Кириенко. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2013. – 832 с. – ISBN 978–5–9704–2572–5. – URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970425725.html. – Текст: электронный	-	-
14.	Клиническая хирургия : национальное руководство : в 3 т. Т. 1 / под редакцией В. С. Савельева, А. И. Кириенко. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2008. – 864 с. – ISBN 978–5–9704–0674–8. – URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970406748.html. – Текст: электронный	-	-
15.	Хирургические болезни : в 2 т. Т. 1 : учебник / Н. В. Мерзликин, Н. А Бражникова, Б. И. Альперович, В. Ф. Цхай. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2015. – 400 с. – ISBN 978–5–9704–3456. – URL: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970434567.html. – Текст: электронный	-	-
16.	Хирургические болезни : в 2 т. Т. 2 / Н. В. Мерзликин, Н. А. Бражникова, Б. И. Альперович, В. Ф. Цхай. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2015. – 600 с. – ISBN 978–5–9704–3457–4. – URL: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970434574.html. – Текст: электронный	-	-
17.	Хирургия печени и поджелудочной железы / под редакцией Д. О. Гардена ; пер. с англ. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2013. – URL: https://www.rosmedlib.ru/book/06-COS-2355.html. – Текст: электронный	-	-

18.	Чрескожные вмешательства в абдоминальной хирургии / Ю. М. Кулезнева, Р. Е. Израилов, Г. Х. Мусаев [и др.] ; под редакцией Ю. В. Кулезневой. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2016. – 192 с. – ISBN 978–5–9704–3684–4. – URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436844.html. – Текст: электронный	-	-
19.	Факультетская хирургия : электронное учебное пособие для студентов 3 – 4 курсов. Ч.I / Е. Ф. Чередников, Г. В. Полубкова, И. Н. Банин [и др.] ; ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н. Н. Бурденко, кафедра факультетской хирургии ; под редакцией Е. Ф. Чередникова. – 1 – е изд. – Воронеж : ВГМУ им. Н. Н. Бурденко, 2020. – 180 с. – URL: http://lib1.vrngmu.ru:8090/MegaPro/Download/MObject/3088. – Текст: электронный	-	-
20.	Факультетская хирургия: электронное учебное пособие для студентов 3 – 4 курсов. Ч.II / Е. Ф. Чередников, Г. В. Полубкова, И. Н. Банин [и др.] ; ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н. Н. Бурденко, кафедра факультетской хирургии ; под редакцией Е. Ф. Чередникова. – 1 – е изд. – Воронеж : ВГМУ им. Н. Н. Бурденко, 2020. – 180 с. – URL: http://lib1.vrngmu.ru:8090/MegaPro/Download/MObject/3089. – Текст: электронный	-	-
21	Акушерство. Курс лекций: учебное пособие // Под ред. А.Н. Стрижакова, А.И. Давыдова.-М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.-456 с.: ил.	10	10
22	Клинические лекции по акушерству и гинекологии: [руководство] / [Ю.Э. Доброхотова и др.]; под ред. Ю.Э. Доброхотовой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 312 с. - (Библиотека врача-специалиста).	3	15
23	Акушерство и гинекология - Кулаков В.И. - Клинические рекомендации / под ред. В.Н.Серова, Г.Т.Сухих - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1024с	5	5
24.	Акушерство. Клинические лекции: учебное пособие / Под ред. проф. О.В. Макарова. - М.: ГЭОТАР- Медиа, 2007. - 640 с. : ил.	5	10

8.3 Программное обеспечение и Интернет-ресурсы.

1. "Консультант студента" (studmedlib.ru)
2. "BookUp" (www.books-up.ru)
3. "Лань" (e.lanbook.com)
4. Для обучения в ВГМУ используется система Moodle, расположенная по данному адресу: http://moodle.vsmaburdenko.ru/.
5. http://www.nlm.nih.gov/- Pub Med- главная медицинская поисковая система
6. http://www.rusmedserv.com/
7. http://farmafak.ru/Pediatriya-1.htm (FARMAFAK.RU - Единственная актуальная медицинская электронная библиотека)
8. http://medlinks.ru/eng/basi.htm- медицинские базы данных
9. http://www.medic-21vek.ru/- электронный медицинский журнал
10. http://www.medpoisk.ru/catalog_view.php

11. http://www.medliter.ru/ (электронные медицинские книги)

9. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРАКТИКИ

9.1. Перечень типов организаций, необходимых для проведения практики:

1. БУЗ ВО Воронежская областная клиническая больница №1:
Руководитель: главный врач, к.м.н. Вериковский Виктор Александрович
Юридический адрес: 394066, г. Воронеж, Московский проспект, 151,
Контактный телефон: +7 (473) 207-24-00
Электронная почта: mail@vokb1.zdrav36.ru

2. Перинатальный центр БУЗ ВО ВОКБ №1
Руководитель: зам. гл. врача по акушерству и гинекологии Хоц Сергей Семёнович
Юридический адрес: 394066, г. Воронеж, Московский проспект, 151,
Контактный телефон: +7 (473) 207-24-00
Электронная почта: mail@vokb1.zdrav36.ru

3. БУЗ ВО «Воронежская городская клиническая больница скорой медицинской помощи №1»
Руководитель: главный врач, к.м.н., Банин Игорь Николаевич
Юридический адрес: 394065, г. Воронеж, проспект Патриотов, 23
Контактный телефон: (473) 263-69-60
Электронная почта: bsmp9@vmail.ru

4. БУЗ ВО «Воронежская городская клиническая больница №2»
Руководитель: главный врач, к.м.н. Воронина Елена Валерьевна
Юридический адрес: 394000, г. Воронеж проспект Революции, 10
Контактный телефон: (473) 253-00-30
Электронная почта: gkb2@vmail.ru

5. БУЗ ВО «Воронежская городская клиническая больница №3»
Руководитель — главный врач Шамсутдинов Сергей Хайдарович
Юридический адрес: 394030, г. Воронеж, ул. Плехановская, 66
Контактный телефон: (473) 253-00-30
Электронная почта: gkb3@vmail.ru

6. БУЗ ВО «Воронежская городская клиническая больница №5»
Руководитель: главный врач Пасечный Сергей Николаевич
Юридический адрес: 394004, г. Воронеж, ул. Полины Осипенко, 11
Контактный телефон: (473) 249-89-46
Электронная почта: mail@gkb5.zdrav36.ru

7. БУЗ ВО «Воронежская городская клиническая больница скорой медицинской помощи №10»
Руководитель: главный врач Иванов Михаил Васильевич
Юридический адрес: 394042, г. Воронеж, ул. Минская, 43
Контактный телефон: (473) 296-18-00
Электронная почта: bsmp10@kvmail.ru

8. Родильный дом № 4 "Электроника" при БУЗ ВО ГКБ Скорой Медицинской Помощи №10
Руководитель: зам. гл. врача по акушерству и гинекологии Гришкин Игорь Владимирович
Юридический адрес: 394066, г. Воронеж, ул.Минская, 43 (или ул.Остужева, д.29)
Контактный телефон: +7 (473) 296-18-01.
Официальный сайт роддома: http://www.gkbsmp10.vrn.ru/rodilnii_dom/

9. НУЗ Дорожная клиническая больница на станции «Воронеж 1» ОАО «Российские железные дороги»
Руководитель: главный врач Новомлинский Валерий Васильевич
Юридический адрес: 394052, г. Воронеж, переулок Здоровья, 2
Контактный телефон: (473) 65-27-27

10. БУЗ ВО «Воронежский родильный дом №2»
Руководитель: главный врач Легостаева Валентина Алексеевна
Юридический адрес: 394029, г. Воронеж, ул. Ленинградская, 57
Контактный телефон: (473) 249-17-13
Электронная почта: rd2.vrn@yandex.ru
11. БУЗ ВО «Воронежский родильный дом №3»
Руководитель: главный врач Рыжиков Юрий Сергеевич
Юридический адрес: 394026, г. Воронеж, проспект Труда, 38
Контактный телефон: (473) 246-12-10
Электронная почта: rd3@icmail.ru
12. БУЗ ВО «Воронежский центр планирования семьи и репродукции»
Руководитель: главный врач Вандышев Игорь Валерьевич
Юридический адрес: 394065, г. Воронеж, ул. Южно-Моравская, 9
Контактный телефон: (473) 231-74-72
Электронная почта: cpsr@vmail.ru

9.2. Перечень оборудования, необходимого для проведения практики:

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

Приложение 1

Перечень контрольных вопросов для подготовки к зачёту по клинической практике (помощник врача стационара терапевтического, хирургического, акушерско-гинекологического профиля) по специальности 31.05.02 – педиатрия студентов 4 курса педиатрического факультета

Раздел «Терапия»

1. Составьте план обследования пациента с инфарктом миокарда. Противопоказания к коронароангиографии. (ПК-6)
2. ЭКГ-диагностика инфаркта миокарда.(ПК-6)
3. Тактика ведения пациента с острым коронарным синдромом. Показания и противопоказания к тромболизису. (ОК-4, ПК-8, ПК-10)
4. Напишите лист назначений для купирования кардиогенного шока. (ОПК-6, ПК-11)
5. Напишите лист назначений для купирования отёка лёгких.(ОПК-6, ПК-11)
6. Составьте план обследования пациента со стенокардией. (ПК-6)
7. Напишите лист назначений пациенту со стенокардией напряжения.(ОПК-6, ПК-8, ПК-10)
8. Методика записи электрокардиограммы. (ПК-6)
9. ЭКГ-диагностика нарушений проводимости. (ПК-6)
10. ЭКГ-диагностика нарушений возбудимости. (ПК-6)

11. ЭКГ-диагностика фибрилляции предсердий. Тактика ведения пациента в зависимости от формы фибрилляции предсердий по длительности.(ОК-4, ПК-6, ПК-8)
12. Составьте план обследования пациента с артериальной гипертензией. Значение СМАД в диагностике артериальной гипертензии.(ПК-6)
13. Определение стадии артериальной гипертензии и степени риска сердечно-сосудистых осложнений. (ПК-6)
14. Составьте план лечения пациента с артериальной гипертензией.(ПК-8, ПК-10)
15. Напишите лист назначений для купирования гипертонического криза.(ОПК-6, ПК-11)
16. Диагностика хронической сердечной недостаточности.(ПК-6)
17. Составьте план обследования пациента с инфекционным эндокардитом.Особенности забора крови для бактериологического исследования.(ПК-6)
18. Напишите лист назначений пациенту с инфекционным эндокардитом. Показания к хирургическому лечению. (ОК-4,ОПК-6, ПК-8, ПК-10)
19. Составьте план обследования пациента с острой ревматической лихорадкой.(ПК-6)
20. Напишите лист назначений пациенту с острой ревматической лихорадкой. Первичная и вторичная профилактика ревматизма.(ОПК-6, ПК-8, ПК-10)
21. Составьте план обследования пациента с пневмонией.(ПК-6)
22. Техника проведения плевральной пункции. Написание результатов анализов плеврального пунктата при экссудате и транссудате.(ПК-6)
23. Напишите лист назначений пациенту с пневмонией.(ОПК-6, ПК-8, ПК-10)
24. Методика проведения спирометрии. (ПК-6)
25. Составьте план обследования пациента с бронхиальной астмой.(ПК-6)
26. Напишите лист назначений пациенту с бронхиальной астмой.(ОПК-6, ПК-8, ПК-10)
27. Напишите лист назначений для купирования астматического статуса.(ОПК-6, ПК-11)
28. Составьте план обследования пациента с хронической обструктивной болезнью лёгких.(ПК-6)
29. Напишите лист назначений пациенту с хронической обструктивной болезнью лёгких.(ОПК-6, ПК-8, ПК-10)
30. Составьте план обследования пациента с хроническим гастритом.(ПК-6)
31. Составьте план обследования пациента с язвенной болезнью желудка.(ПК-6)
32. Напишите лист назначений пациенту с язвенной болезнью желудка. Трёхкомпонентная и четырёхкомпонентрая схема эрадикационной терапии H. pylori.(ОПК-6, ПК-8, ПК-10)
33. Составьте план обследования пациента с хроническим холециститом.(ПК-6)
34. Напишите лист назначений пациенту с хроническим холециститом.(ОПК-6, ПК-8, ПК-10)
35. Составьте план обследования пациента с хроническим гепатитом.(ПК-6)
36. Напишите лист назначений пациенту с хроническим вирусным гепатитом В.(ОПК-6, ПК-8, ПК-10)
37. Напишите лист назначений пациенту с хроническим вирусным гепатитом С.(ОПК-6, ПК-8, ПК-10)
38. Составьте план обследования пациента с хроническим панкреатитом.(ПК-6)
39. Напишите лист назначений пациенту с хроническим панкреатитом.(ОПК-6, ПК-8, ПК-10)
40. Составьте план обследования пациента с неспецифическим язвенным колитом.(ПК-6)
41. Составьте план обследования пациента с болезнью Крона.(ПК-6)
42. Напишите лист назначений пациенту с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника.(ОПК-6, ПК-8, ПК-10)
43. Составьте план обследования пациента с хроническим гломерулонефритом.(ПК-6)
44. Напишите лист назначений пациенту с хроническим гломерулонефритом.(ОПК-6, ПК-8,ПК-10)
45. Составьте план обследования пациента с железодефицитной анемией.(ПК-6)
46. Напишите лист назначений пациенту с железодефицитной анемией.(ОПК-6, ПК-8, ПК-10)

47. Составьте план обследования пациента с В12 –дефицитной анемией. (ПК-6)
48. Показания к переливанию крови и её компонентов. Методики определения группы крови. (ПК-6, ПК-8)
49. Составьте план обследования пациента с хроническим миелолейкозом. (ПК-6)
50. Составьте план обследования пациента с хроническим лимфолейкозом.(ПК-6)

Раздел «Хирургия»

1. Составить план обследования больного с хирургической патологией (гастродуоденальным кровотечением, острым панкреатитом, острым холециститом, ЖКБ, острым аппендицитом и его осложнениями, перитонитом, осложнениями язвенной болезни, раком желудка, тупой и открытой травмой живота, наружными грыжами живота и их осложнениями, механической желтухой, кишечной непроходимостью) в стационарных условиях и условиях приемного отделения стационара. (ОК-4, ПК-5)
2. Написать лист назначения больному с острой хирургической патологией (гастродуоденальным кровотечением, острым панкреатитом, острым холециститом, ЖКБ, острым аппендицитом и его осложнениями, перитонитом, осложнениями язвенной болезни, раком желудка, тупой и открытой травмой живота, наружными грыжами живота и их осложнениями, механической желтухой, кишечной непроходимостью) в стационарных условиях и условиях приемного отделения стационара. (ОПК-6, ПК-8)
3. Составить план лечебно-диагностических мероприятий больному с хирургической патологией (гастродуоденальным кровотечением, острым панкреатитом, острым холециститом, ЖКБ, острым аппендицитом и его осложнениями, перитонитом, осложнениями язвенной болезни, раком желудка, тупой и открытой травмой живота, наружными грыжами живота и их осложнениями, механической желтухой). (ПК-6, ПК-8)
4. Предоперационная подготовка больного. (ОК-4, ПК-8)
5. Ведение больного в послеоперационном периоде (режим, диета, аспекты медикаментозной терапии). (ПК-8)
6. Дать заключение по прилагающемуся рентгенографическому снимку, УЗИ, эндоскопическому обследованию больного, общему анализу крови, биохимическому анализу крови, общему анализу мочи, КТ, МРТ. (ПК-5)
7. Техника перевязки ран, заживающих первичным натяжением, оценка состояния раны. (ПК-8)
8. Техника перевязки ран, заживающих вторичным натяжением, оценка состояния раны. (ПК-8)
9. Техника ПХО ран (ПК-8).
10. Обработка рук хирурга, обработка операционного поля, понятие о асептике, антисептике. (ПК-8)
11. Перечислите показания для экстренной и плановой госпитализации хирургических больных. Перечислите основные типовые медицинские документы, заполняемые врачами хирургами в хирургическом стационаре. (ОПК-6, ПК-6, ПК-8)
12. Техника переливания препаратов крови, показания, пробы. Определение групп крови Rh-фактора с помощью стандартных изогемагглютинизирующих сывороток. Определение группы крови и Rh-фактора с помощью цоликлонов. (ПК-8)
13. Осложнения после гемотрансфузии, лечение. (ПК-6, ПК-8)
14. Методика постановки очистительной и сифонной клизм, показания, противопоказания к проведению процедуры. (ПК-8)
15. Методика постановки НГЗ, показания, противопоказания к проведению процедуры. (ПК-5, ПК-8)
16. Методика постановки интестинального зонда, показания, противопоказания к проведению процедуры. (ПК-5, ПК-8)
17. Методика постановки мочевого катетера, типы катетеров, показания и противопоказания к проведению процедуры. (ПК-5, ПК-8)

18. Методика проведения плевральной пункции. Техника выполнения процедуры, показания к проведению плевральной пункции, осложнения при проведении пункции. (ПК-5, ПК-8)
19. Методика проведения абдоминальной пункции. Техника выполнения процедуры и показания к проведению пункции. (ПК-5, ПК-8)
20. Методика проведения паранефральной блокады. Техника выполнения процедуры, осложнения. (ПК-8)
21. Структура и основные этапы работы врача в стационаре хирургического профиля. Морально-этические нормы, правила и принципы профессионального врачебного поведения, права и обязанности врача хирургического стационара. (ОК-4, ОПК-4)

Раздел «Акушерство»

1. Организация работы родильного дома. (ПК-12)
2. Правила техники безопасности и работы в акушерско-гинекологическом стационаре. (ПК-12)
3. Акушерская терминология. (ПК-12)
4. Признаки беременности малого срока, диагностику беременности с помощью лабораторных и дополнительных методов исследования, определять большие сроки беременности, дородового отпуска. (ПК-12)
5. Оценка изменений, происходящих в организме женщины во время беременности. (ПК-12)
6. Этапы развития эмбриона и критические сроки внутриутробного развития, особенности развития в норме и при патологии у плода, новорожденного, а также влияние экстрагенитальной патологии матери на ребенка. (ПК-12)
7. Размеры головки плода, таза женщины. (ПК-12)
8. Основные принципы работы женской консультации. (ПК-12)
9. Показания, условия к операции кесарева сечения. (ПК-12)
10. Основные направления и мероприятия, касающиеся профилактики гинекологической и акушерской патологии. (ПК-12)
11. Методы диагностики и лечения объемных образований придатков, нарушений менструального цикла, внематочной беременности, предраковых и раковых состояний в гинекологии, а также других патологий, которые могут угрожать жизни пациента и требовать оказания ему неотложной помощи. (ПК-12)
12. Мероприятия по профилактике внутрибольничных инфекций, гнойно-септических осложнений в роддоме. (ПК-12)
13. Сбор анамнеза у беременных, гинекологических больных. (ПК-12)
14. Размеры женского таза. (ПК-12)
15. Наружное акушерское исследование беременных с поздним сроком беременности.
16. Членорасположение плода, высота стояния дна матки; определение окружности живота в акушерстве. (ПК-12)
17. Определение срока родов и срока беременности. (ПК-12)
18. Аускультация сердцебиения плода. (ПК-12)
19. Высчитывание ПВП (предполагаемый вес плода) в акушерстве. (ПК-12)
20. Простая расширенная кольпоскопия. (ПК-12)
21. Группы диспансерного учета для акушерских пациентов. (ПК-12)
22. Осмотр шейки матки в зеркалах. (ПК-12)
23. Диагностика 30-недельной беременности. (, ПК-12)
24. Оказание помощи при неотложных состояниях матери. (ПК-12)
25. Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар.
26. Оценка данных УЗИ, КТГ. (ПК-12)
27. Оценка степени тяжести гестоза. (ПК-12)
28. Прием нормальных родов. Акушерское пособие. (, ПК-12)
29. Методика наружного акушерского обследования; измерение диагональной конъюгаты. (ПК-12)

30. Методика осмотра шейки матки в зеркалах. (ПК-12)
31. Методика определения срока беременности. (ПК-12)
32. Методика влагалищного исследования в акушерстве и гинекологии. (ПК-12)
33. Биомеханизм родов при затылочных вставлениях. (ПК-12)
34. Биомеханизм родов при тазовых предлежаниях. (ПК-12)
35. Методика родоразрешения с использованием акушерских щипцов на фантоме. (ПК-12)
36. Методика родоразрешения с использованием плодоразрушающих операции. (ПК-12)
37. Методика наружного поворота плода на фантоме. (ПК-12)
38. Работа с простейшими медицинскими инструментами (пинцет, корнцанг, препаровальные иглы, и т.п.). (ПК-12)
39. Принципы стерилизации, дезинфекции в роддоме. (ПК-12)
40. Принципы антисептической обработки инструментов и оборудования во избежание инфицирования врача и пациента. (ПК-12)
41. Организация мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах. (ПК-12)
42. Организация противоэпидемического режима в акушерских стационарах.
43. Правила содержания структурных подразделений акушерских стационаров и перинатальных центров. (ПК-12)
44. Организация и проведение дезинфекционных и стерилизационных мероприятий в акушерских стационарах. (ПК-12)
45. Эпидемиологический надзор за внутрибольничными инфекциями в акушерских стационарах. (ПК-12)
46. Проведение расследования и ликвидации групповых внутрибольничных заболеваний среди новорожденных детей и родильниц в акушерских стационарах. (ПК-12)
47. Санитарно-эпидемиологические особенности организации подразделений различного профиля (акушерские стационары и перинатальные центры). (ПК-12)
48. Правила обработки рук медицинского персонала и кожных покровов пациентов в акушерских стационарах. (ПК-12)
49. Требования к правилам личной гигиены пациентов в акушерских стационарах. (ПК-12)
50. Требования к организации питания пациентов в акушерских стационарах. (ПК-12)

Приложение 2

Перечень тестовых заданий для подготовки к зачёту по клинической практике (помощник врача стационара терапевтического, хирургического, акушерско-гинекологического профиля) по специальности 31.05.02 – педиатрия студентов 4 курса педиатрического факультета

Раздел «Терапия»

Выберите один правильный ответ.

1. ПРИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЯРНЫХ АРТЕРИЙ ОТМЕЧАЕТСЯ: (ПК-6)
   1) нарушение статики и головокружение
   2) правосторонний гемипарез
   3) головные боли в височных областях
   4) развитие стойкой артериальной гипертонии

2. СИНДРОМ «БРЮШНОЙ ЖАБЫ» – ЭТО:(ПК-6)
   1) сдавливание нервных корешков поясничных позвонков
   2) боли в спине
   3) боли в животе обычно после приёма пищи, кратковременные, купирующиеся приёмом

нитроглицерина
4) боли в правой подвздошной области, купирующиеся спазмолитиками

3. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДИСЛИПИДЕМИЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХСЯ ПОВЫШЕННЫМ СОДЕРЖАНИЕМ В ПЛАЗМЕ КРОВИ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА И ХОЛЕСТЕРИНА ЛПНП, СЧИТАЮТСЯ: (ПК-8, ПК10)
1) фибраты
2) статины
3) препараты, содержащие омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты
4) ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента

4. ГЛАВНОЙ МИШЕНЬЮ АНТИГИПЕРЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ СЧИТАЕТСЯ:(ПК-8, ПК10)
1) холестерин ЛПВП
2) триглицериды
3) фосфолипиды
4) холестерин ЛПНП

5. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИИ СЧИТАЮТСЯ:(ПК-8, ПК10)
1) статины
2) комбинация эзетемиба и статинов
3) фибраты
4) антиоксиданты и препараты омега-3 полиненасыщенных жирных кислот

6. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ БОЛЕВОГО ПРИСТУПА ПРИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ:(ПК-6)
1) 10 мин
2) 25 мин
3) 60 мин
4) 15 мин

7. «ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ» ДИАГНОСТИКИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ: (ПК-6)
1) ЭКГ
2) ЭхоКГ
3) проба с дозированной физической нагрузкой
4) коронароангиография

8. ОСНОВНОЙ МЕТОД ВЫЯВЛЕНИЯ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА:(ПК-6)
1) ЭКГ в состоянии покоя
2) ЭхоКГ
3) суточное мониторирование ЭКГ
4) нагрузочная проба

9. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ АНГИНОЗНОГО ПРИСТУПА ЯВЛЯЕТСЯ: (ПК-11)
1) атропин
2) нитроглицерин
3) мексидол
4) триметазидин

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

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

11. ЭКГ-КРИТЕРИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ФОРМИРОВАНИЕМЗУБЦА QB ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ПЕРЕДНЕ-ПЕРЕГОРОДОЧНОЙ И ВЕРХУШЕЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ:(ПК-6)

1) подъём сегмента ST в отведениях I, III, aVF и депрессия сегмента ST в отведениях I, aVL, V 1 – 4
2) подъём сегмента ST в отведениях I, aVL, V 1 – 4
3) депрессия сегмента ST в отведениях I, aVL, V 4 – 6
4) подъём сегмента ST в отведениях I, aVL, V 1 – 4 и депрессия сегмента ST в отведениях II, III, aVF

12. МЕТОДАМИ РЕПЕРФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЮТСЯ: (ПК-8)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4) наличие зубца QS в грудных отведениях

17. В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГОНСТИКЕ НАДЖЕЛУДОЧКОВЫХ ЭКСТРАСИСТОЛИЙ ВЕДУЩИМИ ПРИЗНАКАМИ СЧИТАЮТСЯ:(ПК-6)
1) частота сердечных сокращений
2) наличие или отсутствие зубца Р, морфология и длительность комплекса QRS
3) изменения сегмента ST в правых грудных отведениях
4) наличие компенсаторной паузы

18. СТЕПЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:(ПК-6)
1) давностью артериальной гипертензии
2) уровнем артериального давления
3) наличием кризов
4) степенью поражения органов-мишеней

19. СТАДИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ УСТАНАВЛИВАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ:(ПК-6)
1) длительности заболевания
2) имеющихся факторов риска
3) величины АД
4) поражения органов-мишеней, ассоциированных клинических состояний

20. РИСК РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ: (ПК-6)
1) количеством используемых препаратов
2) наличием поражения органов-мишеней
3) продолжительностью анамнеза гипертонической болезни
4) наличием кризов

21. ОПРЕДЕЛИТЬ УРОВЕНЬ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНОГО, ПЕРЕНЕСШЕГО КОРОНАРНУЮ АНГИОПЛАСТИКУ МОЖНО КАК:(ПК-6)
1) низкий
2) средний
3) высокий
4) очень высокий

22. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СЛЕДУЮЩИХ КОМБИНАЦИЙ ПРЕПАРАТОВ:(ПК-8, ПК10)
1) недигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов и бета-адреноблокаторы
2) дигидропиридиновые блокаторы медленных кальциевых каналов и бета-адреноблокаторы
3) ингибиторы АПФ и дигидропиридиновые блокаторы медленных кальциевых каналов
4) блокаторы рецепторов ангиотензина II и дигидропиридиновые блокаторы медленных кальциевых каналов

23. БОЛЬНОМУ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПРОТИВОПОКАЗАН:(ПК-8, ПК10)
1) верапамил
2) пропранолол

3) гидрохлортиазид (гипотиазид)
4) валсартан

24. К БОЛЬШОМУ ДИАГНОСТИЧЕСКОМУ КРИТЕРИЮ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ОТНОСИТСЯ:(ПК-6)
1) положительная гемокультура в 2-х посевах
2) лихорадка выше 38ºС
3) внутривенная наркомания
4) пятна Рота

25. У ВНУТРИВЕННЫХ НАРКОМАНОВ ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЕТСЯ:(ПК-6)
1) трикуспидальный клапан
2) митральный клапан
3) аортальный клапан
4) клапан лёгочной артерии

26. У БОЛЬНОГО С ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ГЕМОКУЛЬТУРЫ НЕОБХОДИМО ПРОИЗВОДИТЬ: (ПК-6)
1) однократный забор крови из периферической вены
2) двукратный забор крови из одной вены в течение 1 часа
3) трёхкратный забор крови из разных периферических вен в течение 1 часа
4) двукратный забор крови из разных периферических вен в течение 30 минут

27. ДИАГНОЗ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИ НАЛИЧИИ: (ПК-6)
1) одного большого, одного малого критерия и данных, подтверждающих предшествующую стрептококковую инфекцию
2) двух больших и двух малых критериев
3) одного большого и трёх малых критериев
4) одного большого, двух малых критериев и данных, подтверждающих предшествующую стрептококковую инфекцию

28. ХАРАКТЕРНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ АРТРИТА ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ЯВЛЯЕТСЯ:(ПК-6)
1) боль в крупных суставах в ночное время суток
2) выраженный экссудативный компонент воспаления
3) полная обратимость процесса
4) поражение мелких суставов

29. ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ПРОВОДИТСЯ:(ПК-8, ПК10)
1) азитромицином
2) экстенциллином
3) эритромицином
4) ципрофлоксацином

30. ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ:(ПК-6)
1) амилоидоз
2) артериальная гипертензия
3) формирование порока сердца

4) синдром диссеминированного внутрисосудистого свёртывания крови (ДВС-синдром)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

36. АОРТАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ: (ПК-6)

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

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

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

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

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

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

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

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

1) ЭКГ
2) эхокардиографию
3) суточное мониторирование ЭКГ
4) суточное мониторирование ЭКГ и АД

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

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

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

1) фибрилляция предсердий при любом классе хронической сердечной недостаточности
2) диастолическая дисфункция миокарда левого желудочка и фракция выброса <55%
3) хроническая сердечная недостаточность любой этиологии

4) хроническая сердечная недостаточность IIA – III стадии при наличии застойных явлений и фракции выброса <25%

43. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ: (ПК-8)
1) тахисистолическая форма фибрилляции предсердий при любом классе хронической сердечной недостаточности
2) синусовая тахикардия
3) низкое артериальное давление
4) диастолическая дисфункция миокарда левого желудочка

44. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА: (ОК-4, ОПК-4, ПК-8)
1) клапанные пороки сердца
2) фракция выброса левого желудочка 40%
3) фракция выброса левого желудочка <20%
4) III функциональный класс хронической сердечной недостаточности

45. ПРИ КЛАССИФИКАЦИИ ПНЕВМОНИЙ ПО КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОМУ ПРИНЦИПУ С УЧЁТОМ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ВЫДЕЛЯЮТ ПНЕВМОНИИ: (ПК-6)
1) первичные
2) нозокомиальные
3) абсцедирующие
4) застойные

46. ВОЗБУДИТЕЛЕМ АТИПИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ СЧИТАЕТСЯ: (ПК-6)
1) Streptococcuspneumonia
2) Staphilococcus aureus
3) Legionella
4) Haemophilis influenza

47. ДЛЯ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ ХАРАКТЕРНО:(ПК-6)
1) развитие пневмонии через 24 часа после госпитализации
2) развитие пневмонии через 48 – 72 часа после госпитализации
3) развитие пневмонии связано с наличием у больного вторичного иммунодефицита
4) развивается только у больных, находящихся на искусственной вентиляции лёгких

48. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ МОКРОТЫ БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ ЧАСТО ВЫЯВЛЯЕТСЯ: (ПК-6)
1) большое количество клеток с признаками атипии
2) большое количество эозинофилов
3) большое количество нейтрофильных лейкоцитов
4) большое количество эластических волокон

49. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ТЯЖЕСТИ ПНЕВМОНИИ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ: (ПК-6)
1) вид возбудителя
2) выраженность лейкоцитоза
3) сопутствующую патологию сердечно-сосудистой системы
4) выраженность эозинофилии

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

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

51. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ МИКОПЛПЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИИ СЧИТАЮТСЯ:(ПК-8, ПК10)
1) цефалоспорины III поколения
2) метронидазол
3) аминогликозиды
4) макролиды

52. КРИТЕРИЯМИ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ СЧИТАЮТСЯ: (ПК-8)
1) выявление высокой чувствительности микрофлоры к антибактериальному препарату при бактериологическом исследовании
2) снижение СОЭ
3) снижение температуры тела и уменьшение интоксикации
4) снижение интенсивности кашля

53. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ, ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ДЛЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ И НЕАЛЛЕРГИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ:(ПК-6)
1) аллергическая реакция немедленного типа, аллергическая реакция замедленного типа, гиперреактивность бронхов
2) аллергическая реакция немедленного типа, аллергическая реакция замедленного типа
3) аутоиммунный механизм, фиброз бронхов
4) гиперреактивность бронхов, эмфизема лёгких

54. ПРИЗНАКАМИ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА СЧИТАЮТСЯ:(ПК-6)
1) акцент II тона над лёгочной артерией и тахикардия
2) удлинённый выдох и сухие рассеянные хрипы, увеличивающиеся на выдохе
3) повышение сывороточногоIgE и эозинофилия
4) сухой непродуктивный кашель

55. ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ:(ПК-6)
1) инспираторная одышка
2) брадикардия
3) удлинённый выдох
4) дистанционные хрипы

56. ПРИЗНАКИ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ФОРМЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ:(ПК-6)
1) перенесённая пневмония в анамнезе
2) обострения не связаны с сезонностью
3) эффективность элиминации аллергена
4) одышка вне приступа

57. ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ:(ПК-6)
1) дневные и ночные симптомы реже 1 раза в неделю

2) $ОФВ_1$ ниже 60% от должного
3) ежедневное использование β_2-адреномиметиков короткого действия
4) вариабельность ПСВ или $ОФВ_1$ менее 30%

58. ОСЛОЖНЕНИЕМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ:(ПК-6)
1) кровохарканье
2) сухой плеврит
3) астматический статус
4) гидроторакс

59. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ: (ПК-6)
1) рентгеноскопию
2) спипометрию
3) фибробронхоскопию
4) пульсоксиметрию

60. ОСНОВНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ОБРАТИМОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ПРИ ПРОБЕ С ИНГАЛЯЦИОННЫМИ БРОНХОДИЛАТАТОРАМИ ЯВЛЯЕТСЯ: (ПК-6)
1) увеличение индекса Тиффно
2) уменьшение индекса Тиффно
3) уменьшение $ОФВ_1$ более, чем на 15%
4) увеличение $ОФВ_1$ более, чем на 15%

61. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЕ ИЗМЕНЕНИЕ В КЛИНИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ФОРМЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ:(ПК-6)
1) повышение СОЭ
2) лимфоцитоз
3) базофилия
4) эозинофилия

62. К ИНГАЛЯЦИОННЫМ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМ ОТНОСЯТСЯ: (ПК-10)
1) бекотид, будесонид, фликсотид
2) беротек, сальбутамол, спирива
3) будесонид, дексаметазон, фликсотид
4) дексаметазон, атровент, интал

63. ОСНОВНЫМИ ЦЕЛЯМИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ ЯВЛЯЮТСЯ:(ПК-8, ПК10)
1) снижение темпов прогрессирования заболевания, уменьшение частоты и продолжительности обострений, обратное развитие эмфиземы
2) увеличение ЖЕЛ, уменьшение частоты и продолжительности обострений, повышение толерантности к физической нагрузке
3) обратное развитие эмфиземы лёгких, уменьшение частоты и продолжительности обострений, повышение толерантности к физической нагрузке
4) снижение темпов прогрессирования заболевания, уменьшение частоты и продолжительности обострений, повышение толерантности к физической нагрузке

64. ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ: (ПК-8)
1) интоксикационный синдром
2) любое обострение хронического обструктивного бронхита

3) тяжёлый обстркутивный синдром, не купируемый бронходилататорами, частые обострения ХОБЛ
4) формирование лёгочной гипертензии

65. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДИАГНОСТИКИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ СЧИТАЕТСЯ:(ПК-6)
1) рентгенография желудка с барием
2) клиническая картина заболевания
3) КТ органов брюшной полости
4) ЭГДС

66. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ:(ПК-6)
1) цитолитический синдром
2) синдром мальабсорбции
3) синдром портальной гипертензии
4) синдром желудочной диспепсии

67. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ПРИЧИНА ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА:(ПК-6)
1) дуоденально-гастральный рефлюкс
2) Helicobacter pylori
3) наличие антител к клеткам слизистой оболочки желудка
4) нарушение диеты

68. ПРЕПАРАТ, КОТОРЫЙ ВХОДИТ В ТРЁХКОМПОНЕНТНУЮ СХЕМУ ЭРАДИКАЦИИ H. PYLORI, ЭТО:(ПК-8, ПК10)
1) ванкомицин
2) цефазолин
3) кларитромицин
4) канамицин

69. КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА СЧИТАЕТСЯ:(ПК-6)
1) симптом Хвостека и Труссо
2) симптом Мейо-Робсона
3) симптом Пастернацкого
4) симптом Георгиевского-Мюсси

70. ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧЕНИЕ:(ПК-8, ПК10)
1) антибиотиков
2) антиагрегантов
3) β-адреноблокаторов
4) гиполипидемических препаратов

71. ОСНОВНОЙ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЙ СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА:(ПК-6)
1) цитологический
2) воспалительный

3) воспалительно-деструктивный
4) гипоксический

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1) α-интерферон+преднизолон
2) α-интерферон+ламивудин
3) α-интерферон+циклофосфамид
4) ламивудин+адеметионин

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

1) УЗИ органов брюшной полости

2) КТ органов брюшной полости
3) сцинтиография печени
4) биопсия печени

79. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ОТНОСИТСЯ:(ПК-6)
1) кровотечение из расширенных вен пищевода
2) артериальная гипертензия
3) хроническая болезнь почек
4) дискинезия желчного пузыря

80. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА ЯВЛЯЮТСЯ:(ПК-6)
1) лихорадка, гепатомегалия, спленомегалия, петехии и геморрагии
2) кожный зуд, желтуха, ксантомы и множественные ксантелазмы, остеопороз, диарея, значительная гепатомегалия
3) увеличение околоушных желёз, увеличение яичек, контрактура дюпюитрена
4) артралгия, плохая переносимость жирной пищи, гинекомастия

81. ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПО CHILD-PUGH ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ:(ПК-6)
1) холестерин, щелочная фосфатаза, γ-глутарилтранспептидаза
2) общий билирубин, альбумин, протромбиновое время
3) печёночные трансаминазы, фибриноген, прямой билирубин
4) γ-глобулины, α-фетопротеин, щелочная фосфатаза

82. К ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПАМ БОРЬБЫ С ОТЁЧНО-АСЦИТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПРИ ЦИРРОЗАХ ПЕЧЕНИ ОТНОСЯТСЯ:(ПК-8, ПК10)
1) незамедлительное проведение лапароцентеза
2) назначение максимальных доз диуретиков и проведение форсированного диуреза
3) ограничение потребление жидкости и соли, назначение диуретиков под контролем диуреза, введение альбумина
4) переливание плазмы крови, проведение форсированного диуреза, ограничение потребления жидкости

83. ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРИ ЦИРРОЗАХ ПЕЧЕНИ СЧИТАЕТСЯ: (ПК-8)
1) болезнь Вильсона-Коновалова
2) гемохроматоз
3) цирроз печени вирусного генеза в стадии репликации вируса
4) выраженные иммунные проявления цирроза

84. ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЮТСЯ:(ПК-6)
1) протеинурия более 3,5 г/сутки, гипергаммаглобулинемия, гипер-α2-глобулинемия
2) гипергаммаглобулинемия, гипер-α2-глобулинемия
3) протеинурия более 3,5 г/сутки, гипоальбуминемия
4) протеинурия более 3,5 г/сутки, гипоальбуминемия, гиперхолестеринемия

85. ДЛЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ: (ПК-6)
1) протеинурия более 3,5 г/сутки

2) кислая реакция мочи
3) моча цвета мясных помоев, увеличение плотности мочи
4) увеличение лимфоцитов в моче

86. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ СОСТАВЛЯЕТ:(ПК-8, ПК10)
1) несколько недель
2) 2 – 3 месяца
3) 6 месяцев
4) от 6 месяцев до 2-х лет

87. МИКРОАЛЬБУМИНУРИЯ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ УРОВНЕ ЭКСКРЕЦИИ АЛЬБУМИНОВ С МОЧОЙ: (ПК-6)
1) <30 мг/сутки
2) 30 – 100 мг/сутки
3) 100 – 300 мг/сутки
4) 30 – 300 мг/сутки

88. СНИЖЕНИЕ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ: (ПК-6)
1) проба по Нечипоренко
2) проба Зимницкого
3) проба Реберга-Тареева
4) проба Аддиса-Каковского

89. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:(ПК-8, ПК10)
1) преднизолон, циклофосфан, нифедипин, азатиоприн
2) преднизолон, циклофосфан, нифедипин, пенициллин
3) преднизолон, циклофосфан, гепарин, пенициллин
4) преднизолон, циклофосфан, гепарин, курантил

90. С НЕФРОПРОТЕКТИВНОЙ ЦЕЛЬЮ РАЦИОНАЛЬНО НАЗНАЧЕНИЕ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ: (ПК-8, ПК10)
1) дигидропиридиновых короткого действия (нифедипин)
2) дигидропиридиновых длительного действия (амлодипин)
3) недигидропиридиновых (верапамил, дилтиазем)
4) дигидропиридиновые 3-го поколения (лерканидипина)

91. ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ВЫЯВЛЯЮТСЯ:(ПК-6)
1) сухость, бледность кожи, ломкость ногтей, тахикардия, мягкий, дующий систолический шум на верхушке
2) диффузный цианоз, акцент II тона во втором межреберье справа от грудины
3) покраснение кожи лица, зоны декольте
4) трехцветное изменение кожи дистальных отделов верхних и нижних конечностей на холоде

92. НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫМ ТЕСТОМ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОДЕРЖАНИЯ ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ СЧИТАЕТСЯ: (ПК-6)
1) расчёт цветового показателя

2) определение количества эритроцитов
3) определение уровня гемоглобина
4) определение уровня ферритина

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1) анемия
2) Т-клеточный вариант хронического лимфолейкоза
3) появление теней Боткина-Гумпрехта
4) симптомы поражения лимфатических узлов, кожи или других тканей

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

1) аутоиммунная гемолитическая анемия
2) апластическая анемия
3) лимфоцитоз 100×10^9/л
4) химиотерапия хлорамбуцилом (лейкераном)

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

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

100. СПЛЕНЭКАТОМИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЛИМФОЛЕЙКОЗЕ ПОКАЗАНА: (ОК-4, ПК-8)
1) если спленомегалия поддаётся влиянию лучевой и цитостатической терапии
2) если спленомегалия создаёт выраженный абдоминальный дискомфорт
3) при апластической анемии и тромбоцитопении
4) при подготовке к трансплантации костного мозга

Раздел «Хирургия»

Выберите один правильный ответ.

1. У БЕДРЕННОЙ ГРЫЖИ ГРЫЖЕВЫМИ ВОРОТАМИ ЯВЛЯЮТСЯ **(ПК-5)**:
1) медиальная паховая ямка;
2) латеральная паховая ямка;
3) треугольник ПТИ;
4) сосудистая лакуна, медиальнее бедренной вены;
5) мышечная лакуна, латеральнее бедренных сосудов.

2. В КАКОМ СЛУЧАЕ АБСОЛЮТНО ПОКАЗАНА ОПЕРАЦИЯ? **(ПК-8)**
1) неосложненная грыжа;
2) ущемленная грыжа;
3) скользящая грыжа;
4) невправимая грыжа;
5) комбинированная грыжа.

3. ЧТО НЕ ОТНОСИТСЯ К ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРАМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ ОБРАЗОВАНИЮ ГРЫЖ: **(ПК-5)**
1) прогрессирующее похудание;
2) заболевания, повышающие внутрибрюшное давление;
3) особенности анатомического строения брюшной стенки в местах возникновения грыж;
4) беременность;
5) старческий возраст.

4. ЧТО ТАКОЕ РИХТЕРОВСКОЕ УЩЕМЛЕНИЕ? **(ПК-6)**
1) ущемление кишечника в области дуодено-еюнального перехода;
2) эластическое ущемление в грыжевом мешке;
3) пристеночное ущемление кишки;
4) ретроградное ущемление кишки;
5) ущемление желудка в грыже пищеводного отверстия диафрагмы.

5. У ПРЯМОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ ГРЫЖЕВЫМИ ВОРОТАМИ ЯВЛЯЮТСЯ: **(ПК-5)**
1) медиальная паховая ямка;
2) латеральная паховая ямка;
3) бедренное кольцо;
4) треугольник ПТИ;
5) Спигелева линия.

6. СТЕНКОЙ ПАХОВОГО КАНАЛА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ: **(ПК-5)**
1) паховая связка;
2) нижний край внутренней косой и поперечной мышц;
3) поперечная фасция;
4) париетальная брюшина;
5) апоневроз наружной косой мышцы живота.

7. ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКОЙ ПАХОВОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ: **(ПК-5)**
1) апоневроз наружной косой мышцы живота;
2) нижний край внутренней косой и поперечной мышц;
3) паховая связка;
4) поперечная фасция;
5) семенной канатик.

8. СЛАБОСТЬ КАКОЙ СТЕНКИ ПАХОВОГО КАНАЛА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ПРЯМОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ: **(ПК-5)**
1) верхней;
2) нижней;
3) передней;
4) задней;
5) всех стенок.

9. ПРИ БЕДРЕННОЙ ГРЫЖЕ ПЛАСТИКУ ПРОВОДЯТ ПО: **(ПК-8)**
1) Сапежко;
2) Кукуджанову;
3) Бассини;
4) Постемпски;
5) Грекову.

10. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ГРЫЖ НЕ ОТНОСЯТ: **(ПК-6)**
1) вправимость грыжи;
2) ущемление грыжи;
3) невправимость грыжи;
4) флегмону грыжевого мешка;
5) непроходимость в грыже.

11. ЧЕМ ОТЛИЧАЕТСЯ ХОД ОПЕРАЦИИ ПРИ УЩЕМЛЕННОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕ ОТ ПЛАНОВОГО ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ? **(ПК-8)**
1) пластика грыжевых ворот не проводится;
2) вначале рассекается ущемляющее кольцо, затем вскрывается грыжевой мешок;
3) вначале вскрывается грыжевой мешок, затем рассекается ущемляющее кольцо;
4) вмешательство совершенно одинаково;
5) грыжевой мешок не перевязывается.

12. ПРИЗНАКОМ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ КИШКИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ: **(ПК-6)**
1) пульсация сосудов брыжейки;
2) перистальтика кишечника;
3) блеск серозы;

4) цвет серозной оболочки;
5) наличие грыжевой воды.

13. ПРИ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ГРЫЖЕ В СОСТАВ ГРЫЖЕВОГО МЕШКА МОЖЕТ ВХОДИТЬ: **(ПК-5)**
1) мочевой пузырь;
2) подвздошная кишка;
3) желудок;
4) прямая кишка;
5) матка.

14. ПОЧЕМУ ПРИ УЩЕМЛЕНИИ ГРЫЖИ ПОКАЗАНА ЭКСТРЕННАЯ ОПЕРАЦИЯ? **(ПК-8)**
1) из-за резкой болевой реакции;
2) из-за возможных рецидивов ущемления;
3) из-за возникновения токсического шока;
4) из-за возможного развития первичного перитонита;
5) из-за возможного некроза ущемленного органа.

15. ВАШИ ДЕЙСТВИЯ, ЕСЛИ УЩЕМЛЕННАЯ ПАХОВАЯ ГРЫЖА В ПРИЕМНОМ ОТДЕЛЕНИИ ВПРАВИЛАСЬ, БОЛЕЙ НЕТ, ПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ СИМПТОМАТИКИ СО СТОРОНЫ ЖИВОТА НЕТ. **(ПК-8)**
1) отпустить больного домой до следующего ущемления;
2) госпитализировать для наблюдения и дальнейшего оперативного лечения;
3) срочная операция как при ущемленной паховой грыже (разрез в паховой области);
4) срочная лапаротомия;
5) отпустить больного домой, рекомендовав операцию в плановом порядке.

16. В ХОДЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ ПО ВСКРЫТИИ ГРЫЖЕВОГО МЕШКА ОБНАРУЖЕНЫ 2 ПЕТЛИ ТОНКОЙ КИШКИ. О КАКОМ ВИДЕ УЩЕМЛЕНИЯ ИДЕТ РЕЧЬ? **(ПК-8)**
1) узлообразовании в грыжевом мешке;
2) пристеночном;
3) ретроградном;
4) ущемлении скользящей грыжи;
5) каловом.

17. У БОЛЬНОГО ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ УЩЕМЛЕННОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ В ГРЫЖЕВОМ МЕШКЕ ОКАЗАЛАСЬ НЕКРОТИЗИРОВАННАЯ ПЕТЛЯ ТОНКОЙ КИШКИ (10 СМ). ВАШИ ДЕЙСТВИЯ? **(ПК-8)**
а) резецировать только некротизированную часть кишки из пахового доступа, наложить анастомоз;
2) перейти на лапаротомию, резецировать только некротизированную часть кишки, наложить анастомоз;
3) перейти на лапаротомию, резецировать не только некротизированную часть кишки (10 см), но и еще 45-60 см кишки, наложить анастомоз;
4) перейти на лапаротомию, резецировать не только некротизированную часть кишки (10 см), но и еще 15-20 см кишки, наложить анастомоз;
5) перейти на лапаротомию, резецировать не только некротизированную часть кишки (10 см), но и еще по 5 см кишки с каждой стороны и наложить анастомоз.

18. ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ПУПОЧНОЙ ГРЫЖЕ ПЛАСТИКУ ГРЫЖЕВЫХ ВОРОТ ПРОВОДЯТ ПО СПОСОБУ: **(ПК-8)**
1) Бассини;
2) Жирара-Спасокукотского;
3) Сапежко;
4) Постемпски;
5) Кимбаровскому.

19. КАКУЮ СТЕНКУ ПАХОВОГО КАНАЛА НУЖНО УКРЕПЛЯТЬ ПРИ КОСЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ? **(ПК-8)**
1) верхнюю;
2) нижнюю;
3) боковую;
4) переднюю;
5) заднюю.

20. КАКИЕ МЕТОДЫ ПЛАСТИКИ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ УКРЕПЛЕНИЯ ЗАДНЕЙ СТЕНКИ ПАХОВОГО КАНАЛА? **(ПК-8)**
1) Бассини, Кукуджанова;
2) Жирара- Спасокукотского;
3) Кимбаровского;
4) Мейо, Сапежко;
5) Руджи - Парлавечио.

21. КАКОЙ МЕТОД ПЛАСТИКИ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ЛИКВИДАЦИЮ ПАХОВОГО КАНАЛА? **(ПК-8)**
1) Бассини, Кукуджанова;
2) Жирара- Спасокукотского, Кимбаровского;
3) Лихтенштейна;
4) Мейо, Сапежко;
5) Постемпски.

22. ЧТО ТАКОЕ ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ? **(ПК-6)**
1) незаращение отростка слепой кишки;
2) незаращение отростка двенадцатиперстной кишки;
3) незаращение желточного протока;
4) незаращение отростка сигмовидной кишки.
5) незаращение урахуса.

23. КАКИЕ ЖАЛОБЫ ПРЕДЪЯВЛЯЮТ БОЛЬНЫЕ С ОСТРЫМ ВОСПАЛЕНИЕМ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ? **(ПК-5)**
1) резкая боль внизу живота, потеря сознания, холодный пот;
2) постоянная боль в животе, повышение температуры, тошнота, 1-2кратная рвота;
3) ассиметричное вздутие живота, задержка стула и газов, схваткообразные боли в животе;
4) гектическая температура, постоянная боль в левом подреберье, тошнота, рвота;
5) отсутствие болей, фебрильная температура, понос.

24. КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ МОГУТ ДАТЬ ДИВЕРТИКУЛЫ ТОНКОЙ КИШКИ? **(ПК-6)**
1) мезоаденит;

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

25. КАКОЕ ПЕРВИЧНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ МОГУТ ДАТЬ ДИВЕРТИКУЛЫ ТОНКОЙ КИШКИ? **(ПК-6)**
1) мезоаденит;
2) перфорация;
3) паралитическую кишечную непроходимость
4) мезентереотромбоз;
5) внутрибрюшное кровотечение.

26. ДИВЕРТИКУЛИТ – ЭТО: **(ПК-6)**
1) нарушение кровообращения в дивертикуле;
2) воспаление дивертикула;
3) наличие дивертикулов в кишке;
4) образование внутреннего свища;
5) закупорка дивертикула каловым камнем.

27. С КАКОГО СЛОЯ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ НАЧИНАЕТСЯ РАЗВИТИЕ ФЛЕГМОНЫ КИШКИ? **(ПК-8)**
1) со слизистой оболочки;
2) с подслизистого слоя;
3) с мышечного слоя;
4) с серозной оболочки;
5) с брыжейки кишки.

28. КАКАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРОИЗВОДЯТСЯ ПРИ ФЛЕГМОНЕ ТОНКОЙ КИШКИ, МЕСТНОМ ПЕРИТОНИТЕ. **(ПК-8)**
1) резекция кишки + выведение двух илеостом;
2) наложение илеостомы выше участка поражения;
3) наложение обходного анастомоза, санация и дренирование брюшной полости;
4) наложение илеостомы ниже участка поражения;
5) резекция кишки с анастомозом, санация и дренирование брюшной полости.

29. МЕТОД ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ КРОНА ПРИ ПОРАЖЕНИИ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА: **(ПК-5)**
1) ирригография;
2) лапароскопия;
3) колоноскопия;
4) обзорная рентгеноскопия брюшной полости;
5) пероральная рентгенография кишечника.

30. КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ МОГУТ ДАТЬ ОПУХОЛИ ТОНКОЙ КИШКИ? **(ПК-6)**
1) энтерит;
2) кишечную непроходимость;
3) перитонит;
4) мезентереотромбоз;
5) внутренние свищи.

31. КАКАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРОВОДИТСЯ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ПОЛИПА ТОНКОЙ КИШКИ? **(ПК-8)**
1) резекция кишки с опухолью и наложение анастомоза;
2) наложение обходного анастомоза;
3) резекция кишки с выведением двух илеостом;
4) интестинотомия, гемостаз;
5) резекция кишки с выведением приводящей кишки в виде илеостомы и глухое закрытие отводящей кишки.

32. КАКОЙ ОТДЕЛ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА ПОКРЫТ ПОЛНОСТЬЮ БРЮШИНОЙ? **(ПК-5)**
1) слепая кишка;
2) восходящая кишка;
3) нисходящая кишка;
4) сигмовидная кишка;
5) прямая.

33. ОДНОЙ ИЗ ФУНКЦИЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ: **(ПК-5)**
1) всасывание белков;
2) всасывание воды;
3) всасывание жиров;
4) всасывание углеводов;
5) нейтрализация шлаков.

34.ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЯВЛЯЕТСЯ: **(ПК-5)**
1) Гипоганглиоз Аурбаховского и Мейснеровского сплетения;
2) атрезия прямой кишки;
3) мезентнреотромбоз;
4) долихосигма;
5) заворот сигмовидной кишки.

35. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ХАРАКТЕРНО: **(ПК-5)**
1) хронические поносы;
2) ожирение;
3) отсутствие аппетита;
4) хронические запоры;
5) кахексия.

36. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА? **(ПК-8)**
1) только консервативное;
2) наложение илеостомы;
3) резекция только расширенного отдела кишечника с последующим анастомозом;
4) резекция суженного и частично расширенного отделов кишечника с последующим анастомозом;
5) колэктомия.

37. КАКОЙ ОТДЕЛ КИШЕЧНИКА ПОРАЖАЕТСЯ ЧАЩЕ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ? **(ПК-5)**
1) только прямая кишка;

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

38. КАКОЕ ИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ МОЖЕТ ДАТЬ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ? **(ПК-6)**
1) перфорацию кишки;
2) мезентереотромбоз;
3) заворот кишки;
4) парез кишечника;
5) внутрибрюшное кровотечение.

39. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА? **(ПК-5)**
1) ожирение;
2) желтуха;
3) анемия;
4) гипергликемия;
5) амилаземия.

40. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА? **(ПК-8)**
1) период ремиссии;
2) хроническая рецидивирующая форма неспецифического язвенного колита;
3) не эффективность консервативного лечения в течение суток;
4) токсическая дилятация кишки;
5) впервые выявленный неспецифический язвенный колит.

41. КАКОЙ ИЗ ПРЕДЛОЖЕННЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ? **(ПК-5)**
1) пассаж бария по кишечнику;
2) обзорная рентгенография брюшной полости;
3) ирригография;
4) аноскопия;
5) пальцевое исследование.

42. ЛЕЧЕНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ДОЛЖНО ВКЛЮЧАТЬ: **(ПК-8)**
1) кортикостероиды + антибактериальную, инфузионную, гемостатическую терапию;
2) зондовое питание, десенсибилизирующую и гемостатическую терапию;
3) сифонные клизмы, кортикостероиды + антибактериальную, инфузионную терапию;
4) холод,голод,спазмолитики, гемотрансфузия;
5) антибактериальную, инфузионную, гемостатическую терапию.

43. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛЕЗА ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА: **(ПК-5)**
1) отсутствуют;
2) схваткообразные боли в животе;

3) лихорадка;
4) упорные запоры;
5) чередование поносов и запоров.

44. ОСЛОЖНЕНИЕМ ДИВЕРТИКУЛОВ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ: **(ПК-6)**
1) ущемление;
2) заворот;
3) спаечная кишечная непроходимость;
4) обтурационная кишечная непроходимость
5) кишечные кровотечения.

45. СО СТОРОНЫ ЖИВОТА ДИВЕРТИКУЛИТ МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ КЛИНИКОЙ: **(ПК-5)**
1) безсимптомной;
2) заворота кишки;
3) перитонита;
4) внутрибрюшного кровотечения;
5) асцита.

46. ПОКАЗАНИЕМ К СРОЧНОМУ ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ НАЛИЧИИ ДИВЕРТИКУЛОВ В ТОЛСТОЙ КИШКЕ ЯВЛЯЕТСЯ: **(ПК-8)**
1) ущемление дивертикула;
2) длительный анамнез;
3) наличие полиорганной недостаточности;
4) перфорация дивертикула;
5) наличие наружного свища.

47. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ? **(ПК-5)**
1) пассаж бария по кишечнику;
2) обзорная рентгенография брюшной полости;
3) ирригография;
4) УЗИ;
5) компьютерная томография.

48. ПОЛИПЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ МОГУТ ДАТЬ КЛИНИКУ: **(ПК-5)**
1) перитонита;
2) внутрибрюшного кровотечения;
3) странгуляционной кишечной непроходимости;
4) перфорации;
5) кишечного кровотечения.

49. ПЕРВИЧНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОЛИПОВ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ МОЖЕТ БЫТЬ: **(ПК-6)**
1) внутрибрюшное кровотечение;
2) перфорация кишки;
3) малигнизация;
4) перитонит;
5) странгуляционная непроходимость кишечника.

50. КАКАЯ КЛИНИКА ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ОПУХОЛЯХ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ПОПЕРЕЧНО-ОБОДОЧНОЙ КИШКИ? **(ПК-5)**
1) электролитных нарушений;
2) кишечной непроходимости;
3) мезентереотромбоза;
4) клиника воспаления;
5) профузного кишечного кровотечения.

51. ПЕРВИЧНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ, КОТОРОЕ МОГУТ ДАТЬ ОПУХОЛИ ПОПЕРЕЧНО-ОБОДОЧНОЙ КИШКИ: **(ПК-6)**
1) мезентереотромбоз;
2) токсический шок;
3) воспаление;
4) паховый лимфаденит;
5) параректальные свищи.

52. ПЕРВИЧНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ, КОТОРОЕ МОГУТ ДАТЬ ОПУХОЛИ ПОПЕРЕЧНО-ОБОДОЧНОЙ КИШКИ: **(ПК-6)**
1) реактивный плеврит;
2) оментит;
3) мезоаденит;
4) кишечное кровотечение;
5) тазовый абсцесс.

53. КАКОЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ПОПЕРЕЧНО-ОБОДОЧНОЙ КИШКИ? **(ПК-5)**
1) ирригография;
2) ФГС;
3) УЗИ;
4) ректальное исследование;
5) аноскопия.

54. ОСНОВНЫЕ ЖАЛОБЫ БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗИРУЮЩЕЙ ОПУХОЛЬЮ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ? **(ПК-5)**
1) «кинжальная» боль в эпигастрии, затем сильные постоянные боли по всему животу;
2) схваткообразные боли в животе, рвота кишечным содержимым, ассиметричное вздутие живота, был стул;
3) приступообразные боли в мезогастрии слева с иррадиацией в поясничную область, дизурия;
4) схваткообразные боли в животе, отсутствие стула и газов, вздутие живота;
5) многократная рвота, не приносящая облегчения, вздутие живота, боли в эпигастрии.

55. КАКОЙ СИМПТОМ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ ОСМОТРЕ ЖИВОТА У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗИРУЮЩЕЙ ОПУХОЛЬЮ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ? **(ПК-5)**
1) симптом Кивуля;
2) симптом Кулена;
3) симптом Керте;
4) симптом Тевенера;
5) симптом Грей-Тернера.

56. КАКИЕ СИМПТОМЫ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ПРИ ОСМОТРЕ БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗИРУЮЩЕЙ ОПУХОЛЬЮ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ? **(ПК-5)**
1) симптомы Керте, Каменчек;
2) симптомы Ровзинга, Воскресенского;
3) шум «падающей капли» и «лопающихся пузырьков»;
4) симптомы Кивуля, Кулена;
5) симптомы Промптова, Ортнера.

57. КАКАЯ ОПЕРАЦИЯ ПОКАЗАНА БОЛЬНОМУ С УДАЛИМОЙ ОПУХОЛЬЮ ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ БЕЗ ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ? **(ПК-8)**
1) левосторонняя гемиколэктомия;
2) обходной анастомоз;
3) диагностическая лапаротомия;
4) правосторонняя гемиколэктомия;
5) резекция кишки с опухолью.

58. КАКАЯ ОПЕРАЦИЯ ПОКАЗАНА БОЛЬНОМУ С УДАЛИМОЙ ОПУХОЛЬЮ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ БЕЗ ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ? **(ПК-8)**
1) левосторонняя гемиколэктомия;
2) обходной анастомоз;
3) резекция кишки с опухолью;
4) правосторонняя гемиколэктомия;
5) диагностическая лапаротомия.

59. КАКАЯ ОПЕРАЦИЯ ПОКАЗАНА БОЛЬНОМУ С ОПУХОЛЬЮ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ, ПРОРАСТАЮЩЕЙ ПОДВЗДОШНЫЕ СОСУДЫ И ВЫЗЫВАЮЩЕЙ КЛИНИКУ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, БЕЗ ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ? **(ПК-8)**
1) левосторонняя гемиколэктомия;
2) выведение кишечной стомы ниже опухоли;
3) резекция кишки с опухолью;
4) выведение кишечной стомы выше опухоли;
5) диагностическая лапаротомия.

60. УКАЖИТЕ ПЕРВОСТЕПЕННЫЙ МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРЯМОЙ КИШКИ? **(ПК-5)**
1) пальцевое исследование;
2) ирригоскопия;
3) компьютерная томография;
4) пассаж бария по кишечнику;
5) обзорная рентгенография брюшной полости.

61. КАКИЕ СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ГЕМОРРОЯ? **(ПК-5)**
1) кал типа «малинового желе», кожный зуд в промежности;
2) мелена, отсутствие болей, тенезмы;
3) кожный зуд в промежности, запоры, примесь крови в кале;
4) тенезмы, схваткообразные боли, вздутие живота;
5) лентовидный кал, примесь крови в кале, схваткообразные боли.

62. ЧТО СПОСОБСТВУЕТ ПОЯВЛЕНИЮ ГЕМОРРОЯ? **(ПК-5)**
1) парапроктиты;

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

63. КАКОЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ ГЕМОРРОЯ? **(ПК-6)**
1) трещина прямой кишки;
2) рубцовый стеноз;
3) острый парапроктит;
4) свищи прямой кишки;
5) флеботромбоз.

64. КАКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРОВОДЯТСЯ ПРИ ТРОМБОФЛЕБИТЕ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ? **(ПК-8)**
1) геморроидэктомия;
2) антикоагулянты, повязки с мазью Вишневского; свечи со спазмолитиками и антисептиками;
3) гемостатики, очистительные клизмы, анальгетики;
4) вскрытие геморроидального узла;
5) строгий постельный режим, возвышенное положение нижних конечностей, холод.

65. КАКАЯ ЖАЛОБА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ТРЕЩИНОЙ АНУСА? **(ПК-5)**
1) боль во время дефекации;
2) поносы;
3) гектическая температура;
4) тенезмы;
5) кал со слизью.

66. ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРЕЩИНОЙ АНУСА: **(ПК-5)**
1) компьютерная томография;
2) манометрия;
3) фистулография;
4) ирригоскопия;
5) пальцевое исследование.

67. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ АМПУЛЯРНОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ? **(ПК-5)**
1) непроходимость прямой кишки;
2) гектическая температура;
3) выделение алой крови с калом;
4) выделение слизи, крови, гноя с калом;
5) схваткообразные боли в животе.

68. КАКАЯ КЛИНИКА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ АНАЛЬНОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ? **(ПК-5)**
1) постоянные боли внизу живота;
2) увеличение паховых лимфоузлов;
3) гектическая температура
4) профузный понос;

5) кишечная непроходимость.

69. КАКОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ НЕОБХОДИМ И ДОСТАТОЧЕН ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ? **(ПК-5)**
1) ирригография;
2) пальцевое исследование;
3) компьютерная томография;
4) ректороманоскопия с биопсией;
5) колоноскопия.

70. ПРИ КАКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ МОЖНО ВЫПОЛНИТЬ РЕЗЕКЦИЮ ПРЯМОЙ КИШКИ? **(ПК-8)**
1) ректосигмоидный отдел;
2) верхнеампулярный отдел;
3) нижнеампулярный отдел;
4) анальнальный канал;
5) среднеампулярный отдел.

71. КАКАЯ ОПЕРАЦИИ ПРОИЗВОДИТСЯ ПРИ ВЕРХНЕЕ- АМПУЛЯРНОМ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ? **(ПК-8)**
1) резекция прямой кишки;
2) брюшно-анальная ампутация с низведением кишки;
3) брюшно-промежностная экстирпация;
4) эндоскопическая коагуляция опухоли;
5) только лучевая терапия.

72. ПАРАПРОКТИТА КАКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ НЕТ В КЛАССИФИКАЦИИ? **(ПК-6)**
1) пельвио-ректальный;
2) тазовый;
3) ишио-ректальный;
4) подкожный;
5) подслизистый.

73. КАКИЕ СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПОДКОЖНО-ПОДСЛИЗИСТОГО ПАРАПРОКТИТА? **(ПК-5)**
1) припухлость и гиперемия кожи в области ануса;
2) выделение крови из прямой кишки;
3) боли внизу живота;
4) поносы;
5) тенезмы.

74. МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ ОДНОСТОРОННЕМ ПЕЛЬВИОРЕКТАЛЬНОМ ПАРАПРОКТИТЕ? **(ПК-8)**
1) подковообразный разрез промежности;
2) дугообразный разрез промежности;
3) вскрытие гнойника через брюшную полость;
4) вскрытие гнойника через прямую кишку;
5) вскрытие гнойника через задний свод влагалища.

75. КАКОЙ МЕТОД НЕ ОТНОСИТСЯ К СПЕЦИАЛЬНЫМ МЕТОДАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ?**(ПК-5)**
1) маммография;
2) контрастная маммография;
3) мезентереография;
4) термография;
5) цитологическое исследование пунктата.

76. КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ НЕ ОТНОСИТСЯ К ПОРОКАМ РАЗВИТИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ?**(ПК-6)**
1) мастит;
2) амастия;
3) гипомастия;
4) добавочные соски;
5) мономастия.

77. ЧТО ТАКОЕ МАСТИТ?**(ПК-6)**
1) травматическое заболевание молочной железы;
2) воспалительное заболевание молочной железы;
3) иммунологическое заболевание молочной железы;
4) опухолевое заболевание молочной железы;
5) аллергическое заболевание молочной железы.

78. КАКОЙ ФАЗЫ В РАЗВИТИИ МАСТИТА НЕТ?**(ПК-6)**
1) абсцедирующая;
2) серозная;
3) латентная;
4) инфильтративная.

79. КАКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕОБХОДИМО ВЫБРАТЬ ПРИ АБСЦЕДИРУЮЩЕМ ГНОЙНОМ МАСТИТЕ?**(ПК-8)**
1) сцеживание, антибиотики;
2) антибиотики, возвышенное положение железы;
3) УВЧ, подавление лактации;
4) пункционное лечение мастита;
5) вскрытие мастита.

80. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ МЕСТА МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ? ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ СОЧЕТАНИЕ ОТВЕТОВ.**(ПК-5)**
1) кости
2) печень
3) легкие
4) средостение
5) плевра
1) 1,3,5; 2) 2,4; 3) 1,2; 4) 1,3; 5) все верно.

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

1) безконтрастная маммография;
2) ультразвуковая эхография;
3) контрастная маммография;
4) пункция с цитологическим исследованием;
5) расширенная мастэктомия с последующим гистологическим исследованием.

82. КОГДА НЕ ПОКАЗАНА МАММОГРАФИЯ?**(ПК-5)**
1) при ретракции соска при непальпируемой опухоли;
2) при увеличении подмышечных лимфоузлов без пальпируемой опухоли в молочной железе;
3) при наличии сецернирующей молочной железы;
4) при рецидивирующей узловой мастопатии;
5) при беременности.

83. К ДИФФУЗНЫМ ФОРМАМ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ФОРМЫ, КРОМЕ:**(ПК-6)**
1) отечно-инфильтративную форму;
2) маститоподобную форму;
3) рожеподобную форму;
4) дерматитоподобную форму;
5) панцирный рак.

84. В ЭТИОЛОГИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ:**(ПК-5)**
1) наследственная генетическая предрасположенность;
2) гормональный дисбаланс;
3) злоупотребление алкоголем;
4) недостаточность репродуктивной и лактационной функций;
5) органические заболевания половых и эндокринных органов.

85. КАКОЙ ВИД АБСЦЕССА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТСУТСТВУЕТ В КЛАССИФИКАЦИИ? **(ПК-6)**
1) подкожные;
2) субареолярные;
3) интрамаммарные;
4) внемаммарные;
5) ретромаммарные.

Вариант № 2

1. МЕСТО ВЫХОДА БЕДРЕННЫХ ГРЫЖ: **(ПК-5)**
1) выше паховой связки;
2) между ножками апоневроза косой мышцы живота;
3) ниже паховой связки;
4) треугольник ПТИ;
5) паховый треугольник.

2. РАННИМИ ПРИЗНАКАМИ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ, КРОМЕ: **(ПК-5)**
1) резкой боли;
2) внезапной невправимости грыжи;
3) болезненности и напряжения грыжевого мешка;
4) острого начала заболевания;

5) высокой температуры.

3. ЧТО НЕ ОТНОСИТСЯ К ПРОИЗВОДЯЩИМ ФАКТОРАМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ ОБРАЗОВАНИЮ ГРЫЖ: **(ПК-5)**
1) роды;
2) тяжелая физическая работа;
3) травмы брюшной стенке, послеоперационные рубцы;
4) бронхиальная астма;
5) хронические запоры.

4. ЧТО ТАКОЕ РЕТРОГРАДНОЕ УЩЕМЛЕНИЕ? **(ПК-6)**
1) когда в грыжевом мешке при ущемлении находятся 2 и более
петель кишечника;
2) ущемление кишечника в области дуодено-еюнального перехода;
3) пристеночное ущемление кишки;
4) ущемление желудка в грыже пищеводного отверстия диафрагмы;
5) эластическое ущемление в грыжевом мешке.

5. У КОСОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ ГРЫЖЕВЫМИ ВОРОТАМИ ЯВЛЯЮТСЯ: **(ПК-5)**
1) медиальная паховая ямка;
2) латеральная паховая ямка;
3) надпузырная ямка;
4) треугольник ПТИ;
5) Спигелева линия.

6. СТЕНКОЙ ПАХОВОГО КАНАЛА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ: **(ПК-5)**
1) апоневроз наружной косой мышцы живота;
2) нижний край внутренней косой и поперечной мышц;
3) паховая связка;
4) поперечная фасция;
5) семенной канатик.

7. ЗАДНЕЙ СТЕНКОЙ ПАХОВОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ: **(ПК-5)**
1) апоневроз наружной косой мышцы живота;
2) семенной канатик;
3) поперечная фасция;
4) нижний край внутренней косой и поперечной мышц;
5) паховая связка.

8. СЛАБОСТЬ КАКОЙ СТЕНКИ ПАХОВОГО КАНАЛА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ КОСОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ: **(ПК-5)**
1) передней;
2) задней;
3) верхней;
4) нижней;
5) всех стенок.

9. ПРИ БЕДРЕННОЙ ГРЫЖЕ ПЛАСТИКУ ПРОВОДЯТ ПО: **(ПК-8)**
1) Мейо;
2) Кимбаровскому;

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

10. КРИТЕРИЕМ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ГРЫЖИ ЯВЛЯЕТСЯ УЧАСТИЕ В ОБРАЗОВАНИИ ГРЫЖЕВОГО МЕШКА: **(ПК-5)**
1) экстраперитонеально расположенного органа;
2) участие в грыжевом мешке мезоперитонеально расположенного органа;
3) участие в грыжевом мешке интраперитонеально расположенного органа;
4) наличие вправимого грыжевого содержимого;
5) наличие не вправляемого грыжевого содержимого.

11. ЧЕМ ОТЛИЧАЕТСЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖЕ ОТ ПЛАНОВОГО ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ? **(ПК-8)**
1) вмешательство совершенно одинаково;
2) этап грыжесечения одинаков, отличается пластика;
3) пластика грыжевых ворот вообще не проводится;
4) необходимо оценивать жизнеспособность ущемленного органа;
5) вмешательство не зависит от жизнеспособности ущемленного органа.

12. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ ВИДОВ УЩЕМЛЕНИЯ: **(ПК-6)**
1) каловое ущемление;
2) рихтеровское ущемление;
3) эластическое ущемление;
4) ретроградное ущемление;
5) тоническое ущемление.

13. ПРИ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ГРЫЖЕ В СОСТАВ ГРЫЖЕВОГО МЕШКА МОЖЕТ ВХОДИТЬ: **(ПК-5)**
1) тонкая кишка;
2) поперечно-ободочная кишка;
3) слепая кишка;
4) семенной канатик;
5) матка.

14. ЧТО СЛУЖИТ ПОКАЗАНИЕМ К ЭКСТРЕННОМУ ОПЕРАТИВНОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ ПРИ САМОПРОИЗВОЛЬНОМ ВПРАВЛЕНИИ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ: **(ПК-8)**
1) наличие грыжевого выпячивания;
2) появление перитонеальных явлений со стороны живота;
3) повышение температуры;
4) дизурические явления;
5) частый стул.

15. ПОЧЕМУ ПРИ УЩЕМЛЕНИИ ГРЫЖИ ПОКАЗАНА ЭКСТРЕННАЯ ОПЕРАЦИЯ? **(ПК-8)**
1) из-за возникновения острой кишечной непроходимости;
2) из-за возникновения болевого шока;
3) из-за возможных рецидивов ущемления;
4) из-за возникновения заворота кишки;

5) из-за возможного развития первичного перитонита.

16. ВАШИ ДЕЙСТВИЯ, ЕСЛИ УЩЕМЛЕННАЯ ПАХОВАЯ ГРЫЖА В ПРИЕМНОМ ОТДЕЛЕНИИ ВПРАВИЛАСЬ, НО СО СТОРОНЫ ЖИВОТА ПОЯВИЛАСЬ ПЕРИТОНЕАЛЬНАЯ СИМПТОМАТИКА? **(ПК-8)**
1) введение спазмолитиков, анальгетиков и динамическое наблюдение;
2) введение антибиотиков и динамическое наблюдение;
3) срочная операция как при ущемленной паховой грыже (разрез в паховой области);
4) срочная лапаротомия;
5) отпустить больного домой до следующего ущемления.

17. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ: **(ПК-5)**
1) желудочное кровотечение;
2) частая рвота желудочным содержимым;
3) частые изжоги;
4) похудание;
5) дисфагия.

18. У БОЛЬНОГО ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ УЩЕМЛЕННОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ В ГРЫЖЕВОМ МЕШКЕ ОКАЗАЛАСЬ НЕКРОТИЗИРОВАННАЯ ПЕТЛЯ ТОНКОЙ КИШКИ (10 СМ). КАКОЙ ОТРЕЗОК КИШКИ ВЫ ДОЛЖНЫ РЕЗЕЦИРОВАТЬ? **(ПК-8)**
1) только некротизированную часть кишки -10 см;
2) некротизированную + по 5 см приводящей и отводящей;
3) некротизированную + 5 см приводящей кишки + 10 см отводящей кишки;
4) некротизированную + 30-40 см приводящей кишки + 15-20 см отводящей кишки;
5) некротизированную + по 1 метру с каждой стороны.

19. ПРИ УЩЕМЛЕННОЙ ПУПОЧНОЙ ГРЫЖЕ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЕ ПРОВОДЯТ ПО СПОСОБУ: **(ПК-8)**
1) Грекова;
2) Кукуджанова;
3) Мартынова;
4) Бассини;
5) Кимбаровского.

20. ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ГРЫЖЕ БЕЛОЙ ЛИНИИ ЖИВОТА ПЛАСТИКУ ГРЫЖЕВЫХ ВОРОТ ПРОВОДЯТ ПО СПОСОБУ: **(ПК-8)**
1) Бассини;
2) Жирара-Спасокукотского;
3) Сапежко;
4) Постемпски;
5) Кимбаровскому.

21. КАКУЮ СТЕНКУ ПАХОВОГО КАНАЛА НУЖНО УКРЕПЛЯТЬ ПРИ ПРЯМЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ? **(ПК-8)**
1) верхнюю;
2) нижнюю;
3) боковую;

4) переднюю;
5) заднюю.

22. КАКОЙ МЕТОД ПЛАСТИКИ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ПРИМЕНЕНИЕ СЕТЧАТЫХ ПРОТЕЗОВ ДЛЯ УКРЕПЛЕНИЯ ПАХОВОГО ПРОМЕЖУТКА? **(ПК-8)**
1) Бассини, Кукуджанова;
2) Жирара- Спасокукотского, Кимбаровского;
3) Лихтенштейна;
4) Мейо, Сапежко;
5) Постемпски.

23. ОТ КАКОЙ КИШКИ ОТХОДИТ ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ? **(ПК-5)**
1) тощая кишка;
2) слепая кишка;
3) сигмовидная кишка;
4) подвздошная кишка;
5) поперечно-ободочная.

24. КАКИЕ ЖАЛОБЫ ПРЕДЪЯВЛЯЮТ БОЛЬНЫЕ С ОСТРЫМ ВОСПАЛЕНИЕМ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ? **(ПК-5)**
1) схваткообразные боли в животе, многократная рвота, вздутие живота;
2) слабость, кал с примесью крови, болей в животе нет;
3) постоянная боль в животе, повышение температуры, тошнота, 1-2 кратная рвота;
4) приступообразные боли в животе с иррадиацией в поясничную область, учащенное мочеиспускание, повышение температуры;
5) отсутствие болей, фебрильная температура, понос.

25. КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ МОГУТ ДАТЬ ДИВЕРТИКУЛЫ ТОНКОЙ КИШКИ? **(ПК-6)**
1) изъязвление;
2) энтерит;
3) мезентереолит;
4) мезентереотромбоз;
5) инвагинацию.

26. КАКОЕ ПЕРВИЧНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ МОГУТ ДАТЬ ДИВЕРТИКУЛЫ ТОНКОЙ КИШКИ? **(ПК-6)**
1) мезоаденит;
2) энтерит;
3) спастическую кишечную непроходимость;
4) мезентереотромбоз;
5) воспаление.

27. ДИВЕРТИКУЛЕЗ – ЭТО: **(ПК-6)**
1) воспаление дивертикула;
2) нарушение кровообращения в дивертикуле;
3) наличие дивертикулов в кишке;
4) образование внутреннего свища;
5) незаращение желточного протока.

28. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ КЛИНИКИ ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ? **(ПК-5)**
1) рвота;
2) жидкий стул;
3) клиника кишечного кровотечения;
4) клиника местного перитонита;
5) клиника кишечной непроходимости.

29. ВТОРОЕ НАЗВАНИЕ БОЛЕЗНИ КРОНА? **(ПК-6)**
1) терминальный эзофагит;
2) терминальный проктит;
3) терминальный илеит;
4) терминальный сигмоидит;
5) терминальный дуоденит.

30. С КАКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИХОДИТСЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ БОЛЕЗНЬ КРОНА В ОСТРОЙ СТАДИИ? **(ПК-5)**
1) дуоденит;
2) энтерит;
3) проктит;
4) острый аппендицит;
5) мезентереотромбоз.

31. ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА ИМЕЕТ ВИД: **(ПК-5)**
1) «гладкого асфальта»;
2) «булыжной мостовой»;
3) «домика улитки»;
4) «шахматной доски»;
5) «дорожной колеи»

32. КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ МОГУТ ДАТЬ ОПУХОЛИ ТОНКОЙ КИШКИ? **(ПК-6)**
1) перитонит;
2) мезентереотромбоз;
3) кровотечение в просвет кишки;
4) кровотечение в брюшную полость;
5) наружные свищи.

33. КАКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРОВОДЯТСЯ ПРИ ОПУХОЛЕВОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПРИ ОПЕРАБЕЛЬНОЙ ОПУХОЛИ? **(ПК-8)**
1) резекция кишки с выведением двух илеостом;
2) выведение колостомы;
3) наложение обходного анастомоза;
4) резекция кишки с выведением приводящей кишки в виде илеостомы и глухое закрытие отводящей кишки;
5) резекция кишки с опухолью и наложение анастомоза с введением интестинального зонда.

34. ОДНОЙ ИЗ ФУНКЦИЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ: **(ПК-5)**
1) всасывание белков;
2) накопление железа;
3) всасывание жиров;

4) всасывание углеводов;
5) формирование каловых масс.

35. МЕТОД, ПРИМЕНЯЕМЫЙ ДЛЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ? **(ПК-5)**
1) пальцевое исследование;
2) пассаж бария по кишечнику;
3) аноскопия;
4) ирригоскопия;
5) обзорная рентгеноскопия брюшной полости.

36. ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЯВЛЯЕТСЯ: **(ПК-5)**
1) врожденное сужение прямой кишки или сигмы;
2) Аганглиоз Ауэрбаховского и Мейснеровского сплетения;
3) наличие опухоли в сигмовидной кишке;
4) парез восходящего, поперечного и нисходящего отделов;
5) воспалительные заболевания кишечника.

37. ЧТО ЛЕЖИТ В ОСНОВЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА? **(ПК-5)**
1) ускоренный пассаж кишечного содержимого;
2) воспалительный процесс в кишечнике;
3) затруднение пассажа кишечного содержимого;
4) опухолевое поражение кишки;
5) нарушение кровообращения в кишке.

38. НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ – ЭТО: **(ПК-6)**
1) хронический воспалительный процесс с развитием язвенно-некротических изменений в серозной оболочке прямой и ободочной кишки;
2) хронический воспалительный процесс с развитием язвенно-некротических изменений в слизистой оболочке прямой и ободочной кишки;
3) хронический воспалительный процесс с развитием язвенно-некротических изменений в мышечном слое прямой и ободочной кишки;
4) опухолевый процесс слизистой оболочке прямой и ободочной кишки;
5) некроз кишки, связанный с нарушением кровообращения в ней.

39. КАКОЕ ИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ МОЖЕТ ДАТЬ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ? **(ПК-6)**
1) острую странгуляционную кишечную непроходимость;
2) острую обтурационную кишечную непроходимость;
3) кишечное кровотечение;
4) внутрибрюшное кровотечение;
5) мезентереотромбоз.

40. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА? **(ПК-5)**
1) запоры, равномерное вздутие живота;
2) поносы, похудение, эксикоз;
3) многократная рвота, не приносящая облегчения;
4) постоянная боль в животе с иррадиацией в поясничную область;
5) ассиметричное вздутие живота.

41. КОГДА ПОКАЗАНО СРОЧНОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ? **(ПК-8)**
1) парез кишечника;
2) токсический шок;
3) профузное кишечное кровотечение;
4) кахексия;
5) асцит.

42. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА? **(ПК-8)**
1) подтверждение диагноза «неспецифический язвенный колит»;
2) не эффективность консервативного лечения в течение 72 часов;
3) хроническая рецидивирующая форма неспецифического язвенного колита;
4) не эффективность консервативного лечения в течение суток;
5) развитие осложнений, угрожающих жизни больного.

43. КАКОЙ ИЗ ПРЕДЛОЖЕННЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ? **(ПК-5)**
1) аноскопия;
2) обзорная рентгенография брюшной полости;
3) компьютенрная томография;
4) колоноскопия;
5) УЗИ.

44. КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ ОБЯЗАТЕЛЬНЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ? **(ПК-8)**
1) спазмолитики;
2) кортикостероиды;
3) анальгетики;
4) жаропонижающие;
5) эритроцитарная масса.

45. ОСЛОЖНЕНИЕМ ДИВЕРТИКУЛОВ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ: **(ПК-6)**
1) непроходимость кишечника;
2) инвагинация;
3) узлообразование;
4) воспаление;
5) мезентереотромбоз.

46. СО СТОРОНЫ ЖИВОТА ДИВЕРТИКУЛИТ МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ КЛИНИКОЙ: **(ПК-5)**
1) острой кишечной непроходимости;
2) перфорации;
3) внутрибрюшного кровотечения;
4) мезентереотромбоза;
5) паралитической непроходимости.

47. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ДИВЕРТИКУЛИТ СОПРОВОЖДАЕТСЯ КЛИНИКОЙ: **(ПК-5)**
1) внутрибрюшного кровотечения;

2) асцита;
3) узообразования;
4) пилефлебита;
5) инфильтрата брюшной полости.

48. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ? **(ПК-5)**
1) РПХГ;
2) колоноскопия;
3) обзорная рентгенография брюшной полости в латеропозиции;
4) УЗИ;
5) компьютерная томография.

49. ПОЛИПЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ МОГУТ ДАТЬ КЛИНИКУ: **(ПК-5)**
1) перитонита;
2) внутрибрюшного кровотечения;
3) странгуляционной кишечной непроходимости;
4) обтурационной кишечной непроходимости;
5) внутреннего свища.

50. ПЕРВИЧНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОЛИПОВ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ МОЖЕТ БЫТЬ: **(ПК-6)**
1) воспаление полипа;
2) перфорация кишки;
3) парез кишечника;
4) перитонит;
5) странгуляционная непроходимость кишечника.

51. УКАЖИТЕ ОДНУ ИЗ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ? **(ПК-5)**
1) селезеночный изгиб;
2) печеночный изгиб;
3) нисходящая кишка;
4) слепая кишка;
5) восходящая кишка.

52. КАКИЕ СИМПТОМЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ОПУХОЛЯХ ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ПОПЕРЕЧНО-ОБОДОЧНОЙ КИШКИ? **(ПК-5)**
1) анемия, лихорадка, боли;
2) схваткообразные боли, рвота;
3) сильные постоянные боли, вздутый, но мягкий живот;
4) анемия, мелена, рвота кофейной гущей;
5) примесь малоизмененной крови в кале, тенезмы.

53. ПЕРВИЧНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ, КОТОРОЕ МОГУТ ДАТЬ ОПУХОЛИ ПОПЕРЕЧНО-ОБОДОЧНОЙ КИШКИ: **(ПК-6)**
1) септический шок;
2) поддиафрагмальный абсцесс;
3) инфаркт кишки;
4) параректальный свищ;

5) кишечную непроходимость.

54. ПЕРВИЧНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ, КОТОРОЕ МОГУТ ДАТЬ ОПУХОЛИ ПОПЕРЕЧНО-ОБОДОЧНОЙ КИШКИ: **(ПК-6)**
1) оментит;
2) перфорация опухоли;
3) мезоаденит;
4) поддиафрагмальный абсцесс;
5) острая почечная недостаточность.

55. КАКОЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ПОПЕРЕЧНО-ОБОДОЧНОЙ КИШКИ? **(ПК-5)**
1) пассаж бария по кишечнику;
2) ФГС;
3) колоноскопия с биопсией;
4) ректальное исследование;
5) аноскопия с биопсией.

56. КАКОВ ХАРАКТЕР КАЛА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ОПУХОЛИ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ? **(ПК-5)**
1) мелена;
2) типа «малинового желе»;
3) с примесью алой крови;
4) с примесью малоизмененной вишневой крови;
5) лентовидный, с полосками крови на поверхности.

57. КАКОЙ СИМПТОМ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ ОСМОТРЕ ЖИВОТА У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗИРУЮЩЕЙ ОПУХОЛЬЮ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ? **(ПК-5)**
1) симптом Шимана-Дансе;
2) симптом Склярова;
3) симптом Мондора;
4) симптом Мейо-Робсона;
5) симптом Образцова.

58. КАКИЕ СИМПТОМЫ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ПРИ ОСМОТРЕ БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗИРУЮЩЕЙ ОПУХОЛЬЮ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ? **(ПК-5)**
1) симптомы Ортнера, Образцова;
2) симптомы Ситковского, Бартомье-Михельсона;
3) симптомы Керте, Каменчек;
4) симптомы Мондора, Грей-Тернера;
5) симптомы Цеге-Мантейфель, Склярова.

59. КАКАЯ ОПЕРАЦИЯ ПОКАЗАНА БОЛЬНОМУ С УДАЛИМОЙ ОПУХОЛЬЮ НИСХОДЯЩЕЙ И СЕЛЕЗЕНОЧНОГО УГЛА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ БЕЗ ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ? **(ПК-8)**
1) левосторонняя гемиколэктомия;
2) обходной анастомоз;
3) диагностическая лапаротомия;
4) правосторонняя гемиколэктомия;
5) резекция кишки с опухолью.

60. КАКАЯ ОПЕРАЦИЯ ПОКАЗАНА БОЛЬНОМУ С УДАЛИМОЙ ОПУХОЛЬЮ ПОПЕРЕЧНО-ОБОДОЧНОЙ КИШКИ БЕЗ ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ? **(ПК-8)**
1) левосторонняя гемиколэктомия;
2) обходной анастомоз;
3) резекция кишки с опухолью;
4) правосторонняя гемиколэктомия;
5) диагностическая лапаротомия.

61. КАКАЯ ОПЕРАЦИЯ ПОКАЗАНА БОЛЬНОМУ С ОПУХОЛЬЮ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ, ДАЮЩЕЙ ОСТРУЮ КИШЕЧНУЮ НЕПРОХОДИМОСТЬ, ПРИ НАЛИЧИИ ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ? **(ПК-8)**
1) левосторонняя гемиколэктомия;
2) выведение кишечной стомы ниже опухоли;
3) резекция кишки с опухолью;
4) выведение кишечной стомы выше опухоли;
5) диагностическая лапаротомия.

62. УКАЖИТЕ ПЕРВОСТЕПЕННЫЙ МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРЯМОЙ КИШКИ? **(ПК-5)**
1) компьютерная томография;
2) ректороманоскопия;
3) колоноскопия;
4) пассаж бария по кишечнику;
5) УЗИ.

63. ЧТО СПОСОБСТВУЕТ ПОЯВЛЕНИЮ ГЕМОРРОЯ? **(ПК-8)**
1) параректальные свищи;
2) постельный режим;
3) истощение;
4) хронические запоры;
5) перенесенные вирусные заболевания.

64. КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ МОЖЕТ ДАТЬ ГЕМОРРОЙ? **(ПК-6)**
1) абсцесс Дугласова пространства;
2) острую кишечную непроходимость;
3) рубцовый стеноз;
4) кровотечение;
5) заворот.

65. ПРИ КАКОМ ОСЛОЖНЕНИИ ГЕМОРРОЯ ПОКАЗАНО РАССЕЧЕНИЕ ГЕМОРРОИДАЛЬНОГО УЗЛА? **(ПК-8)**
1) тромбофлебит;
2) выпадение геморроидального узла;
3) тромбоз геморроидального узла;
4) ущемление геморроидальных узлов;
5) кровотечение из узла.

66. КАКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРОВОДЯТСЯ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ? **(ПК-8)**

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

67. КАКАЯ ЖАЛОБА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ТРЕЩИНЫ АНУСА? **(ПК-5)**
1) кровотечение, кал перемешан с кровью;
2) кровотечение, кал как «малиновое желе»;
3) кровотечение, кал дегтеобразный;
4) кровотечение, кал не перемешан с кровью;
5) тенезмы.

68. ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРЕЩИНОЙ АНУСА: **(ПК-5)**
1) колоноскопия;
2) аноскопия;
3) фистулография;
4) ирригоскопия;
5) УЗИ.

69. КАКАЯ КЛИНИКА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ РАКА РЕКТО-СИГМОИДНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ? **(ПК-5)**
1) постоянные боли внизу живота;
2) боль в области ануса, усиливающаяся при дефекации;
3) увеличение паховых лимфоузлов;
4) профузный понос;
5) кишечная непроходимость.

70. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ АНАЛЬНОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ? **(ПК-5)**
1) боли, усиливающиеся при движениях;
2) гектическая температура;
3) постоянные боли в области ануса, усиливающиеся при дефекации;
4) ассиметричное вздутие живота;
5) схваткообразные боли в животе.

71. С КАКОГО МЕТОДА НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА РАК ПРЯМОЙ КИШКИ? **(ПК-5)**
1) ирригография;
2) пальцевое исследование;
3) компьютерная томография;
4) ректоскопия;
5) колоноскопия.

72. ОСТРЫЙ ПАРАПРОКТИТ – ЭТО: **(ПК-6)**
1) хроническое воспаление параректальной клетчатки;
2) воспаление эпителиально-копчиковых погружений;
3) острое воспаление парауретральной клетчатки;

4) острое воспаление параректальной клетчатки;
5) хроническое воспаление парауретральной клетчатки.

73. КАКИЕ СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПЕЛЬВИОРЕКТАЛЬНОГО ПАРАПРОКТИТА? **(ПК-5)**
1) припухлость и гиперемия кожи в области ануса;
2) гиперемия кожи внизу живота;
3) боли в анальной области;
4) запоры;
5) тенезмы.

74. МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ ДВУХСТОРОННЕМ ПЕЛЬВИОРЕКТАЛЬНОМ ПАРАПРОКТИТЕ? **(ПК-8)**
1) подковообразный разрез промежности;
2) дугообразный разрез промежности;
3) вскрытие гнойника через брюшную полость;
4) вскрытие гнойника через прямую кишку;
5) вскрытие гнойника через задний свод влагалища.

75. КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ НЕ ОТНОСИТСЯ К ПОРОКАМ РАЗВИТИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ? **(ПК-6)**
1) полимастия;
2) трещины сосков;
3) гипермастия;
4) мономастия;
5) добавочные соски.

76. КАКИМ ПУТЕМ ПРИ МАСТИТАХ ИНФЕКЦИЯ НЕ МОЖЕТ ПОПАСТЬ В МОЛОЧНУЮ ЖЕЛЕЗУ? **(ПК-5)**
1) через трещины соска;
2) гематогенно;
3) через протоки;
4) энтерогенно;
5) лимфогенно.

77. КАКОЙ ВИД АБСЦЕССА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТСУТСТВУЕТ В КЛАССИФИКАЦИИ? **(ПК-6)**
1) подкожные;
2) субареолярные;
3) интрамаммарные;
4) внемаммарные;
5) ретромаммарные.

78. КАКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО МАСТИТА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫ? **(ПК-6)**
1) пневмония, поддиафрагмальный абсцесс;
2) сепсис, эмпиема плевры;
3) гепатит с исходом в цирроз;
4) гнойный менингит;
5) тромбоэмболия легочной артерии.

79. КАК ПРОИСХОДИТ МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ? ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ. **(ПК-5)**
1) контактно;
2) гематогенно;
3) энтерогенно;
4) лимфогенно;
5) половым путем.
1) 2,3; 2) 2,4; 3) 3,4; 4) 1,2; 5) 4,5.

80. ПУНКЦИОННАЯ БИОПСИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕ ПОЗВОЛЯЕТ ДИАГНОСТИРОВАТЬ: **(ПК-5)**
1) склерозирующий аденоматоз;
2) рак молочной железы;
3) папиллому протокав железы;
4) беременность;
5) фиброаденому молочной железы.

81. КОГДА НЕ ПОКАЗАНА МАММОГРАФИЯ? **(ПК-5)**
1) при наличии симптома «апельсиновой корки»;
2) при бесплодии;
3) при наличии симптома «умбиликации»;
4) при наличии узла в молочной железе;
5) при наличии выделений из соска.

82. РАК ПЕДЖЕТА - ЭТО: **(ПК-6)**
1) изъязвление раковой опухоли на коже молочных желез;
2) внепротоковое поражение мелких протоков;
3) рак эпителия устьев млечных протоков;
4) поражение обеих молочных желез;
5) рак молочных желез с поражением яичников.

83. КАКИЕ НАХОДКИ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К РАДИКАЛЬНОМУ ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ? ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ. **(ПК-8)**
1) пальпируются увеличенные надключичные лимфоузлы;
2) отек руки на пораженной стороне;
3) массивный плевральный выпот (канцероматозный плеврит);
4) метастазы в легком;
5) имеется деструкция в теле позвонков.
1) 1,2,3; 2)3,4; 3) 1,5; 4) 1,4,5; 5) все верно.

84. КАКИЕ ИЗ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НЕ ОБУСЛОВЛИВАЮТ РАЗВИТИЕ ДИСГОРМОНАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ? **(ПК-5)**
1) гиперэстрогенемия;
2) заболевания желудка;
3) нарушение лактации;
4) частые аборты;
5) дисфункция яичников.

85. КАКОЙ МЕТОД НЕ ОТНОСИТСЯ К СПЕЦИАЛЬНЫМ МЕТОДАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ?**(ПК-5)**
1) маммография;
2) контрастная маммография;
3) мезентереография;
4) термография;
5) цитологическое исследование пунктата.

Раздел «Акушерство»

Выберите один правильный ответ.
1. ГРАНИЦА МАЛОГО КОСОГО РАЗМЕРА ГОЛОВКИ ЗРЕЛОГО ПЛОДА РАСПОЛАГАЕТСЯ НА ПРОТЯЖЕНИИ: **(ПК-12)**
1) от верхушки темени до подъязычной области
2) от подзатылочной ямки до границы волосистой части лба
3) от подзатылочной ямки до переднего угла большого родничка
4) от подбородка до затылочного бугра
5) от надпереносья до затылочного бугра
6) от подзатылочной ямки до малого родничка

2. ГРАНИЦА СРЕДНЕГО КОСОГО РАЗМЕРА ГОЛОВКИ ЗРЕЛОГО ПЛОДА РАСПОЛАГАЕТСЯ НА ПРОТЯЖЕНИИ: **(ПК-12)**
1) от верхушки темени до подъязычной области
2) от подзатылочной ямки до границы волосистой части лба
3) от подзатылочной ямки до переднего угла большого родничка
4) от подбородка до затылочного бугра
5) от надпереносья до затылочного бугра
6) от подзатылочной ямки до малого родничка

3. ГРАНИЦА БОЛЬШОГО КОСОГО РАЗМЕРА ГОЛОВКИ ЗРЕЛОГО ПЛОДА РАСПОЛАГАЕТСЯ НА ПРОТЯЖЕНИИ: **(ПК-12)**
1) от верхушки темени до подъязычной области
2) от подзатылочной ямки до границы волосистой части лба
3) от подзатылочной ямки до переднего угла большого родничка
4) от подбородка до затылочного бугра
5) от надпереносья до затылочного бугра
6) от подзатылочной ямки до малого родничка
7) от надпереносья до подъязычной области

4. ГРАНИЦА ВЕРТИКАЛЬНОГО РАЗМЕРА ГОЛОВКИ ЗРЕЛОГО ПЛОДА РАСПОЛАГАЕТСЯ НА ПРОТЯЖЕНИИ: **(ПК-12)**
1) от верхушки темени до подъязычной области
2) от подзатылочной ямки до границы волосистой части лба
3) от подзатылочной ямки до переднего угла большого родничка
4) от подбородка до затылочного бугра
5) от надпереносья до затылочного бугра
6) от подзатылочной ямки до малого родничка

5. ГРАНИЦА ПРЯМОГО РАЗМЕРА ГОЛОВКИ ЗРЕЛОГО ПЛОДА РАСПОЛАГАЕТСЯ НА ПРОТЯЖЕНИИ: **(ПК-12)**

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

6. ПОД ПОНЯТИЕМ «ПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА» ПОНИМАЮТ: **(ПК-12)**
1) отношение крупной части плода ко входу в таз
2) отношение спинки плода к передней или задней стенки матки
3) отношение спинки плода к правой или левой стенке матки
4) отношение конечностей плода к туловищу
5) отношение продольной оси плода к продольной оси матки

7. ПОД ПОНЯТИЕМ «ПОЗИЦИЯ ПЛОДА» ПОНИМАЮТ: **(ПК-12)**
1) отношение крупной части плода ко входу в таз
2) отношение спинки плода к передней или задней стенки матки
3) отношение спинки плода к правой или левой стенке матки
4) отношение конечностей плода к туловищу
5) отношение продольной оси плода к оси матки

8. ПОД ПОНЯТИЕМ «ВИД ПЛОДА» ПОНИМАЮТ: **(ПК-12)**
1) отношение крупной части плода ко входу в таз
2) отношение спинки плода к передней или задней стенки матки
3) отношение спинки плода к правой или левой стенке матки
4) отношение конечностей плода к туловищу
5) отношение продольной оси плода к оси матки

9. ПОД ПОНЯТИЕМ «ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА» ПОНИМАЮТ: **(ПК-12)**
1) отношение крупной части плода ко входу в таз
2) отношение спинки плода к передней или задней стенки матки
3) отношение спинки плода к правой или левой стенке матки
4) отношение конечностей плода к туловищу
5) отношение продольной оси плода к оси матки

10. ПОД ПОНЯТИЕМ «ЧЛЕНОРАСПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА» ПОНИМАЮТ: **(ПК-12)**
1) отношение крупной части плода ко входу в таз
2) отношение спинки плода к передней или задней стенки матки
3) отношение спинки плода к правой или левой стенке матки
4) отношение мелких частей плода к туловищу
5) отношение продольной оси плода к оси матки

11. ЦЕЛЬ 1 ПРИЕМА ЛЕОПОЛЬДА-ЛЕВИЦКОГО – ОПРЕДЕЛИТЬ: **(ПК-12)**
1) отношение предлежащей части плода ко входу в таз
2) положение, позиция, вид плода
3) характер предлежащей части
4) уровень стояния дна матки и часть плода в дне матки

12. ЦЕЛЬ 2 ПРИЕМА ЛЕОПОЛЬДА-ЛЕВИЦКОГО – ОПРЕДЕЛИТЬ: **(ПК-12)**

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

13. ЦЕЛЬ 3 ПРИЕМА ЛЕОПОЛЬДА-ЛЕВИЦКОГО – ОПРЕДЕЛИТЬ: **(ПК-12)**

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

14. ЦЕЛЬ 4 ПРИЕМА ЛЕОПОЛЬДА-ЛЕВИЦКОГО – ОПРЕДЕЛИТЬ: **(ПК-12)**

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

15. ВЕДУЩАЯ ТОЧКА ЭТО: **(ПК-12)**

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

16.ЕСЛИ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ГОЛОВКА ПЛОДА В ДНЕ МАТКИ, СПИНКА ОБРАЩЕНА ВЛЕВО, КПЕРЕДИ, ТО ПОЛОЖЕНИЕ, ПОЗИЦИЯ, ВИД ПРИ РЕЗУЛЬТАТАХ ПАЛЬПАЦИИ БУДУТ: **(ПК-12)**

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

17. ЕСЛИ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ГОЛОВКА ПЛОДА СЛЕВА, ЯГОДИЦЫ СПРАВА, СПИНКА ОБРАЩЕНА КПЕРЕДИ, ТО ПОЛОЖЕНИЕ, ПОЗИЦИЯ, ВИД ПРИ РЕЗУЛЬТАТАХ ПАЛЬПАЦИИ БУДУТ: **(ПК-12)**

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

18.ЕСЛИ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ГОЛОВКА ПЛОДА НАД ВХОДОМ В ТАЗ, СПИНКА ОБРАЩЕНА КПЕРЕДИ, ВЛЕВО, ТО ПОЛОЖЕНИЕ, ПОЗИЦИЯ, ВИД ПРИ РЕЗУЛЬТАТАХ ПАЛЬПАЦИИ БУДУТ: **(ПК-12)**

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

19. ЕСЛИ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ГОЛОВКА ПЛОДА НАД ВХОДОМ В ТАЗ, СПИНКА ОБРАЩЕНА ВПРАВО, КЗАДИ, ТО ПОЛОЖЕНИЕ, ПОЗИЦИЯ, ВИД ПРИ РЕЗУЛЬТАТАХ ПАЛЬПАЦИИ БУДУТ: **(ПК-12)**

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

20. ЕСЛИ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ГОЛОВКА ПЛОДА СПРАВА, ЯГОДИЦЫ СЛЕВА, СПИНКА ОБРАЩЕНА КЗАДИ, ТО ПОЛОЖЕНИЕ, ПОЗИЦИЯ, ВИД ПРИ РЕЗУЛЬТАТАХ ПАЛЬПАЦИИ БУДУТ: **(ПК-12)**

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

21. ТОЧКА НАИЛУЧШЕГО ВЫСЛУШИВАНИЯ СЕРДЦЕБИЕНИЯ ПЛОДА, ПРИ СИТУАЦИИ: ГОЛОВНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ, 1-ая ПОЗИЦИЯ, ПЕРЕДНИЙ ВИДНАХОДИТСЯ: **(ПК-12)**

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

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

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

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

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

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

1) справа на боковой поверхности матки, выше пупка
2) слева, выше пупка
3) слева, на уровне пупка

4) слева, ниже пупка
5) справа, ниже пупка, на боковой поверхности матки

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

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

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

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

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

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

28. ПЕРВЫЙ МОМЕНТ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ПЕРЕДНЕМ ВИДЕ ЭТО: **(ПК-12)**

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

29. ТРЕТИЙ МОМЕНТ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ПЕРЕДНЕМ ВИДЕ ЭТО: **(ПК-12)**

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

30. ЧЕТВЕРТЫЙ МОМЕНТ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ПЕРЕДНЕМ ВИДЕ ЭТО : **(ПК-12)**

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

31. ПЯТЫЙ МОМЕНТ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ПЕРЕДНЕМ ВИДЕ ЭТО: **(ПК-12)**

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

4) разгибание головки
5) сгибание головки

32. ПЕРВЫЙ МОМЕНТ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ЗАДНЕМ ВИДЕ ЭТО: **(ПК-12)**
1) внутренний поворот головки
2) вставление головки во вход в малый таз
3) внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки
4) разгибание головки
5) сгибание головки
6) дополнительное сгибание головки

33. ТРЕТИЙ МОМЕНТ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ЗАДНЕМ ВИДЕ ЭТО: **(ПК-12)**
1) внутренний поворот головки
2) вставление головки во вход в малый таз
3) внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки
4) разгибание головки
5) сгибание головки
6) дополнительное сгибание головки

34. ЧЕТВЕРТЫЙ МОМЕНТ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ЗАДНЕМ ВИДЕ ЭТО: **(ПК-12)**
1) внутренний поворот головки
2) вставление головки во вход в малый таз
3) внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки
4) разгибание головки
5) сгибание головки
6) дополнительное сгибание головки

35. ПЯТЫЙ МОМЕНТ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ЗАДНЕМ ВИДЕ ЭТО: **(ПК-12)**
1) внутренний поворот головки
2) вставление головки во вход в малый таз
3) внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки
4) разгибание головки
5) сгибание головки

36. ХАРАКТЕРИСТИКА СЕРДЦЕБИЕНИЯ И БАЗАЛЬНОГО РИТМА ПЛОДА В НОРМЕ РАВНА: **(ПК-12)**
1) 150 уд/мин, аритмичное,приглушенное
2) 136 уд/мин, ясное, ритмичное
3) 124 уд/мин, ясное, аритмичное
4) 110 уд/мин, ясное, ритмичное
5) 90 уд/мин, ясное, ритмичное

37. ПОНЯТИЕ ДОНОШЕННОГО ПЛОДА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО: **(ПК-12)**
1) состоянию сердечной деятельности плода
2) массе тела новорожденного более 2.0 кг
3) сроку гестации и массе плода
4) признакам физического развития плода

38. ОСНОВНОЙ КРИТЕРИЙ ЗРЕЛОСТИ ПЛОДА: **(ПК-12)**
1) длина плода 50 см и более

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

39. ШЕСТОЙ МОМЕНТ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ЗАДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ: **(ПК-12)**

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

40. ПЯТЫЙ МОМЕНТ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ЗАДНЕМ ВИДЕ: **(ПК-12)**

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

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

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

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

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

43. ПЛОСКОСТЬ УЗКОЙ ЧАСТИ ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА ОГРАНИЧЕНА: **(ПК-12)**

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

44. ПЛОСКОСТЬ ВЫХОДА МАЛОГО ТАЗА ОГРАНИЧЕНА: **(ПК-12)**

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

45. ИСТИННАЯ КОНЪЮГАТА: **(ПК-12)**
1) расстояние между нижним краем лона и выдающейся точкой мыса
2) равняется в норме 13 см
3) расстояние между верхним краем лона и мысом
4) равняется в норме 10 см
5) точка на предлежащей части, которая определяется по проводной оси и первая рождается из половых путей

46. ВЕДУЩАЯ ТОЧКА ЭТО: **(ПК-12)**
1) точка, вокруг которой при прорезывании происходит вращение головки
2) точка на предлежащей части, которая определяется по проводной оси и первая рождается из половых путей
3) кости таза тонкие, гладкие
4) лонный симфиз короткий и широкий
5) равняется в норме 10 см

47. ТОЧКА ФИКСАЦИИ: **(ПК-12)**
1) точка, вокруг которой при прорезывании происходит вращение головки
2) точка на предлежащей части, которая определяется по проводной оси и первая рождается из половых путей
3) кости таза тонкие, гладкие
4) лонный симфиз короткий и широкий
5) равняется в норме 10 см

48. ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНСКОГО ТАЗА: **(ПК-12)**
1) широкий лонный угол (90-100 градусо3)
2) полость таза воронкообразно сужается книзу
3) кости таза тонкие, гладкие
4) лонный симфиз короткий и широкий
5) верно 1, 3, 4

49. ПРИЗНАКИ НЕЗРЕЛОГО ПЛОДА(ВСЕ КРОМЕ): **(ПК-12)**
1) масса тела ниже 2500 г и длина менее 45 см
2) пупочное кольцо на середине между пупком и мечевидным отростком
3) у мальчиков яички не опущены в мошонку
4) подкожный жир развит слабо
5) ушные и носовые хрящи мягкие

50. ВЕДУЩАЯ ТОЧКА ЭТО: **(ПК-12)**
1) точка, вокруг которой при прорезывании происходит вращение головки
2) точка на предлежащей части, которая определяется по проводной оси и первая рождается из половых путей
3) расстояние между керхним краем лона и мысом
4) равняется в норме 10 см

5) точка на предлежащей части, которая определяется по проводной оси и первая рождается из половых путей

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

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

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

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

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

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

54. СКОРОСТЬ РАСКРЫТИЯ МАТОЧНОГО ЗЕВА У ПЕРВОРОДЯЩИХ: **(ПК-12)**

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

55. СКОРОСТЬ РАСКРЫТИЯ МАТОЧНОГО ЗЕВА У ПОВТОРНОРОДЯЩИХ: **(ПК-12)**

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

56. СИЛЬНЫЕ И ДЛИТЕЛЬНЫЕ С КОРОТКИМИ ИНТЕРВАЛАМИ СХВАТКИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ: **(ПК-12)**

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

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

1) сокращение мышцы матки в области дна
2) сокращения мышцы матки в области нижнего сегмента

3) дистракции нижнего сегмента
4) ретракции мышечных волокон тела матки
5) контракции, ретракции и дистракции мышечных волокон тела матки, нижнего сегмента и шейки матки

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

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

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

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

60. ДОПУСТИМАЯ КРОВОПОТЕРЯ В РОДАХ: **(ПК-12)**

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

61. ПРОФИЛАКТИКА ОФТАЛЬМОБЛЕННОРЕИ ПРОВОДИТСЯ: **(ОПК-8,ПК-12)**

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

62. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЕ ГИПОТЕНЗИВНОЕ СРЕДСТВО В РОДАХ: **(ОПК-8, ПК-12)**

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

63. ОСЛОЖНЕНИЯМИ В I ПЕРИОДЕ РОДОВ ЯВЛЯЮТСЯ: **(ПК-12)**

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

64. ОСЛОЖНЕНИЯМИ ВО 2 ПЕРИОДЕ РОДОВ ЯВЛЯЮТСЯ: **(ПК-12)**

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

65. ДЛЯ ЗРЕЛОЙ ШЕЙКИ МАТКИ НЕ ХАРАКТЕРНО: **(ПК-6, ПК-12)**

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

66. ДЛЯ НЕЗРЕЛОЙ ШЕЙКИ МАТКИ НЕ ХАРАКТЕРНО: **(ПК-12)**

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

67. ПРЕДВЕСТНИКИ РОДОВ ВКЛЮЧАЮТ: **(ПК-12)**

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

68. ПРЕЛИМИНАРНЫЙ ПЕРИОД РОДОВ ВКЛЮЧАЕТ: **(ПК-6, ПК-12)**

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

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

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

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

1) с области наружного зева
2) с внутреннего зева
3) одновременно с наружного и внутреннего зева шейки матки

4) раскрытие шейки матки предшествует ее сглаживанию
5) с потуг

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

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

72. НАЗОВИТЕ ОСНОВНОЙ МЕТОД ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ВНУТРИУТРОБНОГО ПЛОДА В РОДАХ: **(ПК-12)**

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

73. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЕ ПЛОДА ПО ШКАЛЕ АПГАР НЕ ВКЛЮЧАЕТ: **(ПК-12)**

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

74. ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЕ СХВАТКИ ОТЛИЧАЮТСЯ ОТ РОДОВЫХ, ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ, **(ПК-12)**

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

75. ПЕРВЫЙ ПЕРИОД ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РОДОВ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ ВСЕГДА **(ПК-6, ПК-12)**

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

76. ПОТУГИ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РОДАХ НАЧИНАЮТСЯ, КОГДА **(ПК-12)**

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

77. ОСНОВНЫМИ МЕХАНИЗМАМИ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ И ВЫДЕЛЕНИЯ ПОСЛЕДА ЯВЛЯЮТСЯ**(ПК-12)**

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

78. ПОПЫТКА ВЫДЕЛИТЬ НЕОТДЕЛИВШУЮСЯ ПЛАЦЕНТУ, КАК ПРАВИЛО, ПРИВОДИТ**(ПК-12)**

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

79. ПОКАЗАНИЕМ К РАССЕЧЕНИЮ ПРОМЕЖНОСТИ В РОДАХ ЯВЛЯЕТСЯ **(ПК-6, ПК-12)**

1) угроза разрыва промежности
2) крупный плод
3) все перечисленное
4) преждевременные роды (маленький пло5)
5) тазовоепредлежание плода

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

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

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

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

82. ПРИЗНАКИ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ ВКЛЮЧАЮТ ПРИЗНАКИ: **(ПК-12)**

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

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

1) вправо и ниже пупка
2) вправо и выше пупка
3) влево и ниже пупка

4) влево и выше пупка
5) назад

84. ПРИЗНАК АЛЬФЕЛЬДА ПРОЯВЛЯЕТСЯ: **(ПК-12)**

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

85. ВЫДЕЛЕНИЕ ИЗ МАТКИ НЕОТДЕЛИВШЕГОСЯ ПОСЛЕДА ПРОВОДИТСЯ МЕТОДОМ: **(ПК-12)**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

90. ПРИ ПЕРИНЕОТОМИИ НЕ РАССЕКАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ МЫШЦЫ ТАЗОВОГО ДНА: **(ПК-12)**

1) мышцы наружного слоя
2) мочеполовая диафрагма

3) мышца, поднимающая задний проход
4) мышца, сжимающая заднепроходное отверстие

91. ПРИЗНАКОМ ЗРЕЛОСТИ НОВОРОЖДЕННОГО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ: **(ПК-6, ПК-12)**

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

92. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО ПО ШКАЛЕ АПГАР НЕ ВКЛЮЧАЕТ: **(ПК-6, ПК-12)**

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

93. МЕКОНИЙ ПРИСУТСТВУЕТ У НОВОРОЖДЕННОГО В ПЕРВЫЕ: **(ПК-12)**

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

94. ЧАСТОТА СЕРДЦЕБИЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННОГО: **(ПК-12)**

1) 80–100 уд/мин
2) 100–120 уд/мин
3) 120–160 уд/мин
4) 160–180 уд/мин

95. ВЕЛИЧИНА ГЕМОГЛОБИНА У НОВОРОЖДЕННОГО: **(ПК-12)**

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

96. ПРОФИЛАКТИКА ОФТАЛЬМОБЛЕНОРЕИ ПРОВОДИТСЯ: **(ОПК-8,ПК-12)**

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

97.ГРУППУ РИСКА ПО ПАТОЛОГИЧЕСКОМУ ТЕЧЕНИЮ РОДОВ СОСТАВЛЯЮТ БЕРЕМЕННЫЕ: **(ПК-12)**

1) с отягощенным соматическим и акушерско-гинекологическим анамнезом
2) при наличии крупного плода, многоводия и многоплодия
3) с осложненным течением беременности

4) при наличии рубца на матке
5) со всеми перечисленными осложнениями

98. ГИПОКСИЮ ВНУТРИУТРОБНОГО ПЛОДА ЧАЩЕ ВСЕГО В РОДАХ ВЫЗЫВАЮТ: **(ПК-6, ПК-12)**

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

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

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

100. КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ГИПОКСИИ ПЛОДА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЧАЩЕ ВСЕГО: **(ПК-12)**

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

Приложение 3

Перечень ситуационных задач для подготовки к зачёту по клинической практике (помощник врача стационара терапевтического, хирургического, акушерско-гинекологического профиля) по специальности 31.05.02 – педиатрия студентов 4 курса педиатрического факультета

Раздел «Терапия»

Задача №1
(ОПК-4, ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10)

Женщина 50 лет, с избыточной массой тела, страдающая диабетом 2 типа и гипертонической болезнью, жалуется на появление неделю назад болей за грудиной с иррадиацией в левую руку, при ходьбе более 200 м в спокойном темпе. Боли проходят при прекращении нагрузки.
Вопросы:
1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику ведения.
4. Составьте план лечения.

Задача №2
(ОПК-4, ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

Больной 49 лет около часа назад внезапно почувствовал нарастающую жгучую загрудинную боль с иррадиацией в эпигастральную область. По ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС

– 72 в минуту, куполообразный подъём сегмента ST в отведениях II, III и AVF на 3 мм над изолинией.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику ведения.
4. Составьте план лечения.

Задача №3

(ОПК-4, ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

Больной 57 лет, инженер, доставлен СМП по поводу интенсивных болей в груди, продолжавшихся более 1 часа. Боли давящие, сжимающие, загрудинные, иррадиирующие в шею, челюсть, левое плечо, не успокаивающиеся в сидячем положении и после приема нитроглицерина, не связаны с дыханием. В течение 10 лет отмечает повышение АД до 190/110 мм рт. ст. Объективно: ЧД - 20 в минуту, в легких хрипов нет. Пульс - 80 в минуту, ритмичный. АД - 150/90 мм рт. ст. В остальном без особенностей.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику ведения.
4. Составьте план лечения.

Задача №4

(ОПК-4, ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10)

У больного 53 лет, после увольнения с работы, последние 2 недели нарушился сон, стал отмечать приступы жгучих болей в области слева от грудины, сопровождающиеся комком в горле, ощущением нехватки воздуха, которые обычно проходили самостоятельно в течение часа. Во время одного из приступов появились судороги рук, вызвал бригаду СМП.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику ведения.
4. Составьте план лечения.

Задача №5

(ОПК-4, ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10)

Больной Ю., 45 лет, геолог, поступил в клинику с жалобами на постоянные боли в подложечной области, усиливающиеся через 1,5-2 часа после приема пищи, ощущение быстрого насыщения, полноты в желудке, независимо от принятой пищи, изжогу кислым, тошноту, однократную рвоту «кофейной гущей», неустойчивый стул черной окраски, общую слабость, похудание. Болен в течение 2 месяцев, принимал но-шпу, папаверин, анестезин, продолжал работать, однако улучшения не было. При обращении в поликлинику больной был экстренно госпитализирован.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые умеренно бледные. Пульс 105вмин, АД – 95/60 мм рт.ст. Язык умеренно влажный, слегка обложен беловатым налетом. Живот слегка втянут, ограниченно участвует в акте дыхания, особенно в эпигастрии. При поверхностной пальпации отмечается выраженная болезненность в пилородуоденальной зоне. Печень не выступает из-под края реберной дуги, безболезненна. Селезенка непальпируется.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику ведения.

4. Составьте план лечения.

Задача №6
(ОПК-4, ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10)

Больной 27 лет неоднократно лечился амбулаторно по поводу хрониче-ского гастрита с повышенной секреторной функцией. Длительность заболевания около 5 лет. Беспокоят боли в эпигастрии, изжога, которые появляются спустя 2-2,5 часа после еды, нередко бывают натощак и уменьшаются после приема пищи. Ухудшение самочувствия отмечает в осенне-весеннее время года.

Настоящее обострение длится около 2 недель. У больного при обследовании выявлена значительная гиперсекреция желудочного сока. При рентгеноскопии желудка язвенного дефекта не выявлено. Периферическая кровь спокойная. Амбулаторно больному начато лечение: диета, спазмолитики, антациды. В связи с выраженным болевым синдромом назначены тепловые процедуры на область эпигастрия.

После 3-й физиопроцедуры больной почувствовал слабость, потливость, головокружение. По дороге домой потерял сознание. Доставлен в клинику бригадой скорой медицинской помощи.

Вопросы:

1. Сформулируйтепредварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику ведения.
4. Составьте план лечения.

Задача №7
(ОПК-4, ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10)

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

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику ведения.
4. Составьте план лечения.

Задача №8
(ОК-4, ОПК-4, ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11)

Больной, 52 лет, страдает ИБС. В анамнезе лекарственная аллергия на препараты пиразолонового ряда. После нагрузки появились сжимающие боли за грудиной. Принятый нитроглицерин эффекта не дал и была вызвана бригада скорой помощи. Врач ввел внутримышечно баралгин. Спустя 10-15 минут появилась общая гиперемия, зуд, слабость, головокружение, удушье с дистанционными хрипами. ЧСС 120 уд/мин. АД 80/60 мм рт. ст.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику ведения.
4. Составьте план лечения.
5. Перечислите препараты для купирования приступа бронхиальной астмы.

Задача №9
(ОПК-4, ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10)

38 лет, доставлен машиной «скорой помощи» в больницу с жалобами на рвоту «кофейной гущей», боли в эпигастрии, изжогу. Известно, что страдает язвенной болезнью желудка в течение 2 лет. Отмечает сезонность обострений. При осмотре: язык обложен белым налётом, имеется болезненность в эпигастрии. Там же локальное напряжение. Положительный симптом Менделя.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику ведения.
4. Составьте план лечения.

Задача №10

(ОК-4, ОПК-4, ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11)

Больной 46 лет около часа назад внезапно почувствовал нарастающую жгучую загрудинную боль с иррадиацией в руки. По ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС – 72 в минуту, куполообразный подъём сегмента ST в отведениях I, II, AVL, V5, V6 на 4 мм над изолинией.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику ведения. Определите показания и противопоказания к тромболизису.
4. Составьте план лечения.
5. Перечислите препараты неотложной помощи при инфаркте миокарда.

Задача №11

(ОПК-4, ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11)

Больная 53 года 12 часов назад внезапно почувствовала нарастающую жгучую боль в горле с иррадиацией в нижнюю челюсть, потливость. Принимала парацетамол и пенталгин без существенного эффекта. По ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС – 90 в минуту, куполообразный подъём сегмента ST в отведениях I, II, AVL, V5, V6 на 5 мм над изолинией. Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику ведения. Определите показания и противопоказания к тромболизису.
4. Составьте план лечения.
5. Перечислите препараты неотложной помощи при инфаркте миокарда.

Задача №12

(ОК-4, ОПК-4, ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11)

Больная 73 года сутки назад внезапно появилась резкая слабость, потливость, головокружение. Некоторое время отмечала затруднение речи и движений в левой половине тела. Объективно: В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца расширены влево на 2 см, тоны приглушены, ритмичны, ЧСС- 80 в минуту, АД – 190/90 мм рт. ст. ПоЭКГ: синусовый ритм с ЧСС – 80 в минуту, куполообразный подъём сегмента ST на 5 мм над изолинией, зубцы QS в отведениях V1- V4. Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику ведения. Определите показания и противопоказания к тромболизису.
4. Составьте план лечения.
5. Перечислите препараты неотложной помощи при инфаркте миокарда.

Задача №13

(ОПК-4, ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10)

Больной 48 лет, избыточного питания, курит, работает водителем. Ранее регистрировались эпизоды АД 160/90 мм рт.ст., холестерин 5,9 ммоль/л, который цеховый терапевт расценивал как нормальный. После рейса почувствовал жжение за грудиной, онемение в левом плече.

Принимал маалокс без эффекта. Боль нарастала, стала нестерпимой, иррадиировала в нижнюю челюсть, сопровождалась чувством страха смерти, слабостью. Через 1,5 часа вызвал скорую помощь. При осмотре кожные покровы бледные, влажные, сердечные тоны приглушены, ЧСС 80 в минуту, АД 120/90 мм рт.ст. По ЭКГ синусовый ритм с ЧСС 80 в минуту, куполообразный подъем ST в V2-V4 до 6 мм, депрессия ST III, AVF до 1,5 мм.
Вопросы:
1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику ведения.
4. Составьте план лечения.

Задача №14.
(ОПК-4, ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10)

Больной 56 лет, в течение полугода отмечал давящие боли за грудиной при ходьбе более 200м в быстром темпе. 10 дней назад был за городом, где возник приступ интенсивных загрудинных болей после нагрузки продолжительностью около 40 минут, сопровождающийся слабостью. Принимал самостоятельно аспирин, баралгин. Ограничил физическую активность. За медпомощью не обращался. В последующие дни сохранялась сильная слабость, появилась одышка. Сегодня обратился в приемный покой. По ЭКГ – синусовый ритм с ЧСС 70 в минуту, Qr в III, AVF, подъем ST до 1 мм в III, AVF с +/- T
Вопросы:
1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику ведения.
4. Составьте план лечения.

Задача №15
(ОПК-4, ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10)

Больная 65 лет, длительно страдает артериальной гипертензией, сахарным диабетом 2 типа. В течение 5 лет клиника стенокардии напряжения. Принимает метопролол и нитросорбид. В течение 2-х дней ухудшение состояния: приступы загрудинных болей появляются при малейшей нагрузке (ходьба менее 50м), принимает до 10 таблеток нитроглицерина в день. Сегодня ночью появились боли в покое, продолжительностью более 20 минут, после приема нитроглицерина и анальгина боль купировалась на непродолжительное время, затем возобновилась и приняла волнообразный характер. По ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 90 в минуту, депрессия ST в отведениях I, AVL, V2-V6 до 2 мм с отрицательными зубцами T
Вопросы:
1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику ведения.
4. Составьте план лечения.

Задача № 16
(ОК-4, ОПК-4, ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11)

Больной 51 год, курит много лет. Повышение АД до 160/90 мм.рт.ст. в течение 8 лет, постоянно получает антигипертензивную терапию. В течение 2 лет отмечает дискомфорт за грудиной при интенсивной физической нагрузке, проходящий в покое, к врачам не обращался. Сегодня ночью проснулся от интенсивных болей за грудиной, которые носили волнообразный характер, продолжительностью около 40 минут. Приём 5 таблеток нитроглицерина – с незначительны эффектом. Вызвал СМП. По ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС

85 в минуту, депрессия ST в отведениях II, III, AVF, на 3 мм. Боль купирована введением промедола. В анализе крови на 3-й день: лейкоциты – 9,1, СОЭ-24 мм/час
Ваш диагноз.
1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику ведения. Определите показания и противопоказания к тромболизису.
4. Составьте план лечения.
5. Перечислите препараты неотложной помощи при инфаркте миокарда.

Задача №17

(ОК-4, ОПК-4, ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11)

У больной 65 лет диагностирован острый инфаркт миокарда, на фоне которого внезапно появилось глубокое шумное дыхание, утрата сознания, набухание шейных вен, отсутствие пульсации крупных сосудов, АД не определяется. На ЭКГ определяется синусовый ритм с ЧСС – 130 в минуту, признаки острой фазы переднего Q- инфаркта миокарда с последующим урежением ритма и переходом в асистолию
Вопросы:
1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику ведения. Определите показания и противопоказания к тромболизису.
4. Составьте план лечения.
5. Перечислите препараты неотложной помощи при отёке лёгких

Задача № 18

(ОК-4, ОПК-4, ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11)

Больной, 40 лет; ранее не предъявлял ни каких жалоб. Внезапно появилась интенсивная, нарастающая, сжимающая боль в левой половине грудной клетки, слабость. Через полчаса начала нарастать одышка. Объективно: цианоз губ, ортопноэ, ЧДД- 34 в минуту. В лёгких над нижними отделами выслушивается множество влажных разнокалиберных хрипов. Тоны сердца приглушены, ритмичны с ЧСС- 90 уд.в минуту. АД- 130/80 мм рт ст.
Вопросы:
1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику ведения. Определите показания и противопоказания к тромболизису.
4. Составьте план лечения.
5. Перечислите препараты неотложной помощи при отёке лёгких

Задача № 19

(ОПК-4, ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10)

Больная 60 лет, 2 года назад перенесла инфаркт миокарда, после чего отмечала приступы загрудинной боли при подъёме на 3-й этаж. Час назад в покое возник приступ сердцебиения, появились интенсивные загрудинные боли, которые не прошли после повторного применения нитроглицерина, слабость, одышка. Объективно: В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца расширены влево на 2 см, тоны приглушены,аритмичны, ЧСС-140 в минуту, пульс- 94 в минуту, АД – 100/70 мм рт. ст. По ЭКГ: ритм фибрилляции предсердий с ЧСС – 140 в минуту, депрессия сегмента ST на 3 мм ниже изолинии и отрицательные глубокие и широкие зубцы Т в отведениях V1- V4.
Вопросы:
1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику ведения пациента в зависимости от длительности фибрилляции предсердий.
4. Составьте план лечения.

Задача №20
(ОК-4, ОПК-4, ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11)

У больной 52 лет диагностирован острый инфаркт миокарда давностью около суток, на фоне которого развилась частая желудочковая экстрасистолия. На мониторе периодически появляются ранние экстрасистолы типа "R" на "T". В отведениях I, aVL, V1-3 зубцы QS и подъем ST выше изолинии, в отведениях V5-V6 отсутствуют зубцы Q.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику ведения.
4. Составьте план лечения.
5. Перечислите препараты неотложной помощи при желудочковой тахикардии.

Задача № 21
(ОПК-4, ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10)

У больного 77 лет последние 2 дня возникали приступы жгучих загрудинных болей в покое и при небольшой нагрузке, приступы купировались повторным приёмом нитроглицерина. 3 часа назад развился затяжной (1 час) приступ загрудинных болей, который не купировался нитроглицерином, а прошёл только после введения промедола в/венно. По ЭКГ: Ритм синусовый с ЧСС – 60 в минуту, PQ- 0,26 с. В отведениях II, III, AVF - регистрируются глубокие широкие отрицательные зубцы Т.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику ведения.
4. Составьте план лечения.

Задача № 22
(ОК-4, ОПК-4, ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11)

Мужчина 50 лет, 3 недели назад перенес крупноочаговый инфаркт миокарда. С 3-го дня самочувствие удовлетворительное. АД 140/90 мм рт. Ст., пульс 70 уд в минуту. На 20-й день появились боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании. В анализе крови СОЭ 35 мм/час, эозинофилия до 10%.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику ведения.
4. Составьте план лечения.

Задача № 23
(ОК-4, ОПК-4, ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11)

Мужчина 64 лет, курит. Ранее при нагрузке отмечал дискомфорт в нижней части грудины, к врачам не обращался. Сегодня после физической нагрузке (поднимал мешок с цементом) появилась интенсивная боль за грудиной, подложечной области, продолжительностью более 30 минут, сопровождающаяся резкой слабостью, холодным потом, однократно была рвота. Принимал пенталгин и соду без эффекта. Боль сохранялась, присоединилось головокружение, спутанность сознания. Вызвал скорую помощь, при осмотре выявлена брадикардия до 32 в минуту.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику ведения. Определите показания и противопоказания к тромболизису.
4. Составьте план лечения.

5. Перечислите препараты неотложной помощи при отёке лёгких

Задача № 24

(ОПК-4, ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10)

Больной 56 лет, в анамнез 5 лет назад инфаркт миокарда, 2 недели назад перенес крупноочаговый инфаркт миокарда передней стенки, тромболизис не проводился. Ангинозные боли не рецидивировали, был переведен в кардиологический санаторий. После прогулки почувствовал резкую слабость, сердцебиение, дискомфорт за грудиной. При осмотре состояние тяжелое, бледный, акроцианоз, дыхание жесткое, влажные хрипы в нижних отделах. ЧСС 175 в минуту, АД 90/60 мм рт ст. По ЭКГ тахикардия с широкими комплексами QRS с ЧСС 175 в минуту, имеются сливные комплексы. Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику ведения. Определите показания и противопоказания к тромболизису.
4. Составьте план лечения.
5. Перечислите препараты неотложной помощи при отёке лёгких

Задача №25

(ОПК-4, ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11)

У больного 62 лет с острым крупноочаговым передним инфарктом миокарда возник приступ удушья. В анамнезе длительная неконтролируемая гипертония. При осмотре: диффузный цианоз, ЧДД 28-30 в минуту, при аускультации в легких большое количество влажных разнокалиберных хрипов. ЧСС 100 в минуту, АД 180/100 мм рт ст Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику ведения. Определите показания и противопоказания к тромболизису.
4. Составьте план лечения.
5. Перечислите препараты неотложной помощи при отёке лёгких

Задача № 26

(ОПК-4, ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10)

У больного боли в эпигастрии, слабость, утомляемость. В анамнезе язвенная болезнь 12-перстной кишки. Кожные покровы бледные, при пальпации отмечается болезненность в эпигастрии. Печень и селезенка не пальпируются. Hb 90 г/л, эр. 3,5, ц.п. 0,77, тромб. 195 тыс. Общий билирубин 12 мкмоль/л, сывороточное железо 4,5 мкмоль/л. Анализ кала на скрытую кровь положительный. Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику ведения.
4. Составьте план лечения.

Задача № 27

(ОПК-4, ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10)

Больная, 60 лет, доставлена в клинику без сознания. Со слов родственников, в течение нескольких лет жаловалась на нарастающую слабость, одышку, плохой аппетит, парестезии в нижних конечностях, изменение походки, ухудшение аппетита, бледность (за медицинской помощью не обращалась).

Объективно: состояние очень тяжелое, сознание отсутствует. Кожные покровы бледные, субиктеричные, отеки стоп, голеней. Органы дыхания - без особенностей. Сердце несколько расширено влево и вправо, тоны глухие, нерезкий систолический шум над верхушкой, ритм правильный. ЧСС 100 ударов в минуту. АД 90/60 мм рт.ст. Язык малиновый со сглаженными сосочками. Живот мягкий, печень увеличена на 3 см, мягкая, селезенка не пальпируется. В анализе крови: гемоглобин 30 г/л, эритроциты 0,9 цветовой показатель 1,3. Анизоцитоз, макроцитоз, тельца Жолли и кольца Кебота. Имеется лейко- и тромбоцитопения. В формуле -

полисегментированные нейтрофилы. СОЭ 60 мм. Анализы крови на сахар и мочевину в пределах нормы. На ЭКГ - синусовая тахикардия, отрицательные зубцы Т в первом и втором стандартных отведениях.
Вопросы:
1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику ведения.
4. Составьте план лечения.

Задача №28
(ОПК-4, ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10)

Больной, 52 года, поступил в стационар с абсцедирующей пневмонией в нижней доле слева. Внезапно появилась резкая боль в груди, одышка, которая начала быстро прогрессировать. Объективно: над нижней долей слева перкуторный звук – тимпанит, дыхание резко ослаблено.
1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику ведения.
4. Составьте план лечения.

Раздел «Хирургия»

Задача 1. (ОК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Больной 32 лет доставлен на третий день от начала заболевания. После приема алкоголя через четыре часа появились сильные боли в верхней половине живота опоясывающего характера, многократная рвота, не приносящая облегчения, слабость. Состояние больного тяжелое, заторможен, склеры слегка иктеричны, пульс 110 ударов в минуту, АД 70/40 мм рт. ст. Язык сухой, живот вздут, при пальпации отмечается резкая болезненность в верхних отделах живота, аускультативно перистальтика не определяется. Положительны симптомы Грей-Тернера, Кулена, Мондора, Воскресенского, Мейо-Робсона. Сиптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Диастаза мочи 154 мг/с л.

1. Какой предварительный диагноз можно поставить?
2. Какими специальными методами исследования диагноз можно уточнить?
3. Можно ли ограничиться выжидательной тактикой?
4. Какая консервативная терапия показана?
5. Показано ли оперативное лечение, когда и какое?

Задача 2. (ОК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Больной 32 лет четвертый день находится в хирургическом отделении с острым панкреатитом. Несмотря на проводимую интенсивную терапию, положительной динамики в течении заболевания не отмечается. Температура 38, лейкоцитоз 18000, амилаза крови 22 мг/с л. Пульс 120 в минуту. Язык сухой. Живот вздут, болезненный в эпигастрии и по правомубоковому каналу. Здесь же положительные перитонеальные симптомы. Перистальтика не выслушивается.

1. О каком осложнении можно думать?
2. В чем заключается оперативное пособие на поджелудочной железе?
3. Необходимо ли вмешательство на желчных путях?
4. Какие мероприятия необходимо провести перед зашиванием брюшной полости?
5. Какую консервативную терапию необходимо назначить в послеоперационном периоде?

Задача 3. (ОК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Больная 36 лет поступила на четвертый день от начала заболевания. Анамнез и клиническая картина в момент осмотра не вызывают сомнения в том, что у больной острый аппендицит. Но в

правой подвздошной области отчетливо пальпируется плотное образование размерами 10×12 см, прилегающее к гребню подвздошной кости. Данное образование болезненное. Общее состояние больной удовлетворительное, перитонеальные симптомы отрицательные.

1. Предварительный диагноз?
2. Дополнительные методы исследования, необходимые для уточнения диагноза?
3. Показана ли консервативная терапия? Какая?
4. Показана ли операция? Когда и какая?
5. Какие рекомендации необходимо дать больному при выписке?

Задача 4. (ОК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

У больного, оперированного по поводу острого флегмонозного аппендицита 7 дней назад, поднялась температура. Она носит гектический характер. Болей в области послеоперационной раны больной не отмечает. Жалуется на болезненность в конце акта мочеиспускания, частые позывы на дефекацию. Язык суховат. Пульс 110 ударов в минуту. Живот принимает участие в акте дыхания, мягкий при пальпации, болезненный в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Лейкоцитоз 18000. В области раны воспалительной реакции нет.

1. О каком осложнении можно думать?
2. Какие исследования следует применить для уточнения диагноза?
3. Какова тактика при лечении этого осложнения?
4. Если показано оперативное лечение, то опишите технику операции?
5. Если показано консервативное лечение, то опишите какое?

Задача 5. (ОК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

У больной на 9 сутки от начала заболевания и на 5 сутки после поступления в больницу с аппендикулярным инфильтратом усилились боли в правой подвздошной области. Температура приняла гектический характер. Объективно: язык влажный, пульс 100 ударов в минуту. Живот мягкий, болезненный в правой подвздошной области, где определяется инфильтрат, который увеличился в размерах и стал более болезненным, над ним определяется положительный симптом Менделя. При исследовании прямой кишки пальцем нависания передней стенки не обнаружено.

1. Какое осложнение наступило у больной?
2. Какова тактика хирурга?
3. Если показано оперативное лечение, опишите методику операции.
4. Если показана консервативная терапия, перечислите направления.
5. Какие рекомендации необходимо дать больному при выписке?

Задача 6. (ОК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Больной 42 лет поступил по скорой помощи с жалобами на схваткообразные боли в животе, тошноту, рвоту, стула нет, газы не отходят. Болен в течении суток. В анамнезе 4 года назад аппендэктомия. Состояние средней тяжести, беспокоен. PS-100 уд. в 1 мин. Язык сухой обложен белым налетом. Живот вздут, больше в мезогастрии, участвует в акте дыхания. При пальпации напряжен в мезогастрии, болезненный. Перитониальные симптомы отрицательные. Перкуторно: тимпанит в нижних отделах. Аускультативно: перистальтика ослаблена, "шум плеска".

1. О каком заболевании вы подумаете?
2. Какие дополнительные исследования нужно провести?
3. В каком лечении больной нуждается?
4. Показания к оперативному лечению?

Задача 7. (ОК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Больная 68 лет поступила по скорой помощи спустя неделю от начала заболевания. Жалобы: на задержку стула, вздутие живота, ноющие боли по всему животу, газы не отходят. В течении последних двух лет беспокоят запоры, принимает слабительные. Состояние средней тяжести. PS-92 уд. в 1 мин. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот равномерно вздут, в акте дыхания участвует. При пальпации мягкий, малоболезненный по ходу толстого кишечника. Перкуторно:

тимпанит во всех отделах. Аускультативно перистальтика ослабленая, патологические шумы не выслушиваются. При ректальном исследовании ампула пустая. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

1. О каком заболевании вы подумали?
2. Какие дополнительные методы исследования нужно провести.
3. Какие специальные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
4. В каком лечении больная нуждается?

Задача 8. (ОК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Больной Р. 18 лет, астенического телосложения доставлен из дома бригадой скорой помощи. 1,5 часа назад внезапно возникли сильные боли по всему животу, постоянные, резко усиливающиеся при малейшем движении, тошнота. Рвоты не было. Дыхание поверхностное. Язык влажный, живот не вздут, значительно напряжен во всех отделах, болезнен при пальпации в нижней половине, симптомы Менделя и Щеткина-Блюмберга положительны по всему животу, резко выражены в нижней половине.

Т-38,3ºС, Пульс – 100 уд. В 1 мин., АД – 115/70, ЧДД – 20 в 1 мин.

Лейкоцитоз – $16*10^9$/л, Общий анализ мочи – белок 0,033 г/л, Л- 2-4 в п/зр, Эр – нет.

Болен трое суток. Ранее ничем не болел. Боли начались по всему животу, сопровождались тошнотой, через 10-12 часов уменьшились по интенсивности, локализовались в гипогастрии и правой подвздошной области, нарушений мочеиспускания не было. Последующее время сохранялось недомогание, боли были незначительные, несколько усиливались при ходьбе, вечерами Т-37,2ºС, стул учащен - 2 раза в день, неоформленным калом. Принимал таблетки Анальгин, No-Spa, Фталазол. За медицинской помощью не обращался.

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. С какими заболеваниями требуется проведение дифференциальной диагностики?
3. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?
4. Как может быть сформулировано обоснование показаний для операции?
5. Какая необходима предоперационная подготовка?
6. Каков предполагаемый доступ и объем вмешательства?
7. Существует ли вероятность потребности в проведения последующих планируемых лапаросанаций? Когда ставятся окончательные показания для их проведения?
8. Какие антибактериальные средства необходимо назначить?

Задача 9. (ОК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Больная З. 68 лет, ожирение 2 степени, страдающая инсулинозависимым сахарным диабетом средней тяжести. Утром на 7 день после грыжесечения по поводу ущемленной правосторонней паховой грыжи с резекцией 80 см подвздошной кишки с анастомозом "бок-в-бок" жалуется на недомогание, нерезкие боли по всему животу, тошноту, позывы на рвоту. О появлении болей в животе и ухудшении самочувствия с 15 часов накануне дежурному врачу не сообщила.

В послеоперационном периоде сброс по желудочному зонду застойного содержимого прекратился на 4 день, стул был скудный на 5 день после медикаментозной стимуляции и повторной очистительной клизмы.

После краткого, часто односложного ответа на вопросы закрывает глаза. Язык сухой, живот вздут, напряжение достоверно не определяется, болезнен во всех отделах, больше справа. Во всех отделах слабо положительны симптомы Менделя и Щеткина- Блюмберга, перистальтика резко ослаблена. П-116 в 1 мин., АД – 100/60 мм рт. ст., ЧДД – 24 в 1 мин. Лейкоцитоз – 9,2 $*10^9$/л, Глюкоза крови 16 ммоль/л. Утренняя порции мочи менее 50 мл. По зонду выделилось около 600 мл застойного содержимого.

1. О каком осложнении следует думать в этой ситуации? Как сформулировать клинический диагноз?
2. Что послужило причиной возникновения осложнения?

3. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

4. Какое мероприятие, проведенное во время операции по поводу кишечной непроходимости, может значительно снизить риск и тяжесть послеоперационных осложнений (пареза кишечника, несостоятельность анастомозов, послеоперационного перитонита)?

5. Какая необходима предоперационная подготовка?

6. Каков предполагаемый доступ и объем вмешательства? Существует ли вероятность потребности в проведения последующих планируемых лапаросанаций? Когда ставятся окончательные показания для их проведения? Что является показанием к проведению планируемых лапаросанаций?

7. Каков прогноз в данном случае?

Задача 10. (ОК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Больной С., 46 лет, доставлен бригадой скорой помощи. Жалобы на боли в правой половине грудной клетки, эпигастральной области, правом подреберье, недомогание, одышку, ознобы, повышение T^0 до $38,7^0$С ежедневно вечерами в течение недели. Болен около 2-х недель. О характере болей в начале заболевания и о времени начала заболевания сообщить ничего не может - злоупотреблял алкогольными напитками.

Состояние тяжелое, среднего роста, астенического телосложения, бледен, кожа и склеры субиктеричны. Дыхание ослаблено в нижних отделах справа, имеются единичные влажные хрипы. Язык влажный, живот несколько вздут, в дыхании участвует, мягкий. Пальпаторно незначительно болезнен в правом подреберье и эпигастральной области, где пальпируется инфильтрат или резко увеличенная печень (по Курлову - 22-11-10), верхняя граница на уровне 5 ребра. Перитонеальные симптомы отрицательны, симптомы острого холецистита положительны. Перистальтика удовлетворительная.

При обзорной рентгеноскопии справа незначительное количество жидкости в синусе, в брюшной полости под правым куполом диафрагмы определяется широкий (20-24см) уровень жидкости, остающийся в пределах инфильтрата в положении на левом боку. УЗИ - газ и жидкость в правом поддиафрагмальном пространстве, желчный пузырь с уплотненной стенкой, поджелудочная железа не увеличена, однородна по структуре, несколько уплотнена. ФГС - рубцовая деформация луковицы ДПК.

Т- $38,7^0$, П-88 в 1 мин., АД - 120/90 мм.рт.ст., Л- $12,6*10^9$/л.

1. Какой наиболее вероятный диагноз?
2. Требуется ли дополнительное обследование?
3. Каковы наиболее вероятные причины текущего состояния?
4. Как формулируются показания к хирургическому вмешательству?
5. Какая операция показана?
6. Какие вероятны осложнения?
7. Послеоперационное лечение?
8. Прогноз.

Задача 11. (ОК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Больной 64 лет доставлен через 4 часа после заболевания. В сознании, жалобы на резкие боли и опухоль в правой паховой области, появившиеся при приступе кашля, у больного с бронхитом курильщика. Была однократная рвота. При осмотре: в правой паховой области выше паховой связки имеется образование 10х6 см, при пальпации резко болезненное, туго эластичной консистенции, перкуторно под ним тимпанит. В остальных отделах живот мягкий, болезненный вокруг образования. При аускультации перистальтика усилена.

1. Какие дополнительные признаки вам необходимы для уточнения диагноза?

2. Какую лечебную тактику вы изберете?

3. Если вы решите больного оперировать то в чем заключаются особенности оперативного вмешательства?

4. Какие приемы и манипуляции помогут вам в оценке сложившейся ситуации и избежании осложнений?

5. Окончательный клинический диагноз. Лечение, прогноз для жизни и трудоспособности?

Задача 12. (ОК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

У больного 36 лет 2 часа назад внезапно появились резкие боли в эпигастрии, а затем по всему животу. В течение нескольких лет беспокоили изжога, периодически боли натощак. Не обследовался, не лечился. Состояние больного средней тяжести. Положение вынужденное с приведенными к животу ногами. Пульс 80 уд.в 1 мин. Живот в дыхании не участвует, напряжен, болезненность по всему животу. Симптом Щеткина положителен.

1. О каком заболевании вы думаете?
2. Какое осложнение наступило у больного?
3. Какие дополнительные исследования нужно провести?
4. В каком лечении больной нуждается?
5. Если вы решите больного оперировать, то какие операции возможны и чем обусловлен ваш выбор?

Задача 13. (ОК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Больной 43 лет, доставленный в срочном порядке, жалуется на боли в эпигастральной области и правой половине живота. Заболел внезапно 5 часов назад, когда появились резкие боли в эпигастрии. Была однократная рвота. Через час боли распространились в правую половину живота. Боли в эпигастрии стали не такими резкими. Пульс 100 уд.в 1 мин, ритмичный, язык сухой. Живот напряжен болезненный в эпигастрии и больше в правой подвздошной области. Симптом Щеткина-Блюмберга слабо положителен в эпигастрии, более резко в правой подвздошной области. Аппендикулярные симптомы положительны. Притупление в отлогих местах не выражено. Перистальтика кишечника резко ослаблена. Печеночная тупость сглажена.

1. О каком заболевании вы подумаете?
2. С какими заболеваниями надо провести дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные методы необходимо использовать ?
4. Если вы считаете, что больного надо оперировать, то каким доступом вскроете брюшную полость и в чем будет заключаться операция?

Задача 14. (ОК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Больной 48 лет обратился с жалобами на общую слабость, головокружение, рвоту цвета "кофейной гущи", дважды был жидкий стул, кал черного цвета. Заболел 2 суток назад. Заболевание связывает с нарушении в питании и физической нагрузкой. В прошлом отмечает изжогу, боли в эпигастрии после приема алкоголя и грубой пищи. Не обследовался, не лечился. Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледноватые. Пульс 100 уд.в 1 мин, ритмичный. АД 100/60 мм рт.ст. Живот мягкий умеренная болезненность в эпигастрии. Вены брюшной стенки не расширены. Нв-70 г/л.

1. О каком осложнении вы подумали?
2. Что могло быть источником кровотечения?
3. Какие исследования необходимо провести для выяснения источника кровотечения?
4. Какие методики наряду с медикаментозной терапией существуют для остановки кровотечения?
5. Что может быть показанием к хирургическому вмешательству и какие операции применяются для остановки кровотечения?

Задача 15. (ОК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Больной 48 лет обратился с жалобами на общую слабость, чувство тяжести в эпигастрии после приема пищи, обильную рвоту съеденной пищей чаще в конце дня.

Страдает язвенной болезнью в течение 10 лет. 2 года назад оперирован по поводу прободной язвы, произведено ушивание перфорации. Похудел за последние месяцы на 5 кг. Состояние

средней тяжести. Обезвожен. При осмотре в эпигастрии отмечается выбухание брюшной стенки. Положителен симптом «шум плеска».

1. О каком осложнении язвенной болезни вы подумаете?
2. Какие методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Какие необходимо провести исследования для оценки состояния больного?
4. Какие методы коррекции внутренней среды необходимо провести?
5. Какое лечение показано больному? Если вы решите оперировать, то какие операции производятся при данном осложнении?

Задача 16. (ОК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

У больного 25 лет после приема большой дозы алкоголя появилась многократная рвота. В начале рвотных массах были остатки съеденной пищи, светлая жидкость, затем появилась примесь алой крови. Ранее болей, связанных с приемом пищи, изжоги не было.

Состояние средней тяжести. Кожные покровы слегка бледноватые. Пульс 100 уд.в 1 мин, ритмичный. Язык суховат. Живот мягкий, слегка болезненный в эпигастрии. Симптомов раздражения брюшины нет. Печеночная тупость сохранена. Hb-120 г/л.

1. О каком заболевании вы подумали?
2. Что могло быть наиболее возможным источником кровотечения?
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Какие существуют методики для остановки кровотечения, если нет показаний к срочной операции?

Задача 17. (ОК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

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

1. С какими заболеваниями нужно проверить дифференциальную диагностику?
2. План обследования больной?
3. План консервативной терапии, показания к операции?
4. Какие обязательные манипуляции будут проведены во время операции?

Задача 18. (ОК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Больная 60 лет, поступила в приемное отделение в срочном порядке с жалобами на сильную боль в эпигастрии иррадиирующую в правую лопатку, тошноту, многократную рвоту. Заболела 6 часов назад после приема пищи. В анамнезе язвенная болезнь ДПК.

Перитонеальные симптомы слабо положительные в правом подреберье.

1. Какие заболевания могут сопровождаться вышеуказанными симптомами?
2. Необходимый минимум лабораторных и инструментальных исследований для постановки диагноза?
3. План консервативной терапии, показания к операции,

Задача 19. (ОК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

У больной, поступившей в клинику с острым холециститом, в последние 3 дня появились ознобы, температура повысилась до 38 С, появилась желтуха. Боли в животе не усилились, явлений перитонита нет.

1. О каком осложнении можно думать?
2. Какие лабораторные и инструментальные методы необходимы для постановки диагноза?
3. Имеются ли показания к лапароскопии?
4. Какова лечебная тактика?

Раздел «Акушерство»

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1 (ОПК-1, О, ПК-6, ПК-8, , ПК-12)

Первородящая Р., 22 лет, поступила в клинику с хорошей ро¬довой деятельностью, начавшейся 8 ч назад. Роды в срок.

Данные анамнеза. В детстве болела корью и коклюшем, взрос¬лой—гриппом. Менструация с 14 лет, установилась сразу, про¬должительностью 3 дня через каждые 4 недели. Половая жизнь с 20 лет. Настоящая беременность первая. Наблюдалась в женской консультации регулярно, патологических отклонений не было.

Объективно. Женщина правильного телосложения, рост — 145 см, масса тела—52 кг. Общее состояние удовлетворительное, отеков нет. АД — 115/70—115/80 мм рт. ст, пульс удовлетворительных качеств, частота 80 в 1 мин. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Окружность живота — 98 см, высота стояния дна матки—28 см. Размеры таза: 22—25—27—17 см. Окружность лучезапястного сустава (индекс Соловьева) — 14,5 см. Ромб Михаэлиса 9Х9 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Признак Генкеля—Вастена отрицательный. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота — 140 уд./мин. Схватки хорошей силы, продолжительностью 30 с через 6—7 мин. Ориентировочная расчетная масса плода —2750 г, по данным ультразвукового исследования (УЗИ) — 2800 г.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые орга¬ны развиты нормально. Влагалище нерожавшей женщины, шейка матки сглажена, открытие на 5 см. Плодный пу¬зырь цел, напрягается при схватках. Предлежащая головка плода прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов—в правом косом размере, малый родничок—слева ближе к лобку. Мыс крестца достижим, диагональная конъюгата—10 см.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические признаки, на основании которых установлен диагноз. Чему равна истиная коньюгата?
3. Прогноз и план ведения родов у роженицы Р.
4. Особенности биомеханизма родов при диагностированной у Р. форме таза.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2 (ОПК-1, О, ПК-6, ПК-8, , ПК-12)

Роженица Ф., 28 лет, повторнородящая, поступила в клинику с начавшейся родовой деятельностью. Роды в срок. Схватки начались 6 ч назад.

Данные анамнеза. Наследственность не отягощена. Детство про¬шло в тяжелых материально-бытовых условиях. Менструация на¬чалась с 15 лет, установилась сразу, продолжительностью 3 дня че¬рез каждые 30 дней. Имела две беременности: первая беременность закончилась рождением живого ребенка массой 2700 г, вторая— мертворожденного ребенка массой 2900 г. Первые роды длились около 2 сут, вторые тоже длительные. Во время настоящей беременности чувствовала себя хорошо, регулярно посещала женскую консультацию.

Объективно. При поступлении общее состояние удовлетворите¬льное, температура тела— 36,5°С. Рост—149 см, масса тела— 56 кг. Телосложение правильное. Скелет не деформирован. АД —120/80—125/80 мм рт. ст, пульс ритмичный, частота 74 в 1 мин. Внутренние органы без патологии. Живот овоидной формы, остроконечный. Окружность живота — 98 см, высота стояния дна матки над лобком — 35 см. Размеры таза: 25—28—30—17 см, индекс Соловьева — 14,5 см; ромб Михаэлиса симметричной формы— dертикаль8 см, горизонталь11см.

Положение плода продольное, предлежащая головка плода прижата ко входу в таз. Признак Генкеля — Вастена — вровень. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 140 уд./мин. Схватки средней силы, продолжительностью 25— 30 с через 8—10 мин. Отошли в умеренном количестве светлые воды. Ориентировочный вес плода по

формулам — 3430 г, по УЗИ – 3500 г.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые орга¬ны развиты правильно, влагалище емкое, лобковый угол прямой. Шейка матки сглажена, открытие 4 см, плодного пузыря нет. Головка плода — малым сегментом во входе в таз, стре¬ловидный шов в

поперечном размере входа в малый таз. Родовой опухоли на голове нет. Мыс крестца достигается. Диагональная конъюгата — 8 см.

Показатели крови и мочи без патологии.

Вопросы:

1. Диагноз,
2. Клинические признаки у роженицы Ф., устанавливающие диа¬гноз.
3. Прогноз и план ведения этих родов.
4. Особенности биомеханизма родов при диагностированной у Ф. форме таза.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3 (ОПК-1, О, ПК-6, ПК-8, , ПК-12)

Роженица Ч., 33 лет, доставлена в клинику из районной боль¬ницы в связи с затянувшимися срочными родами, продолжающимися 36 ч. Воды отошли 20 ч назад. От предлагаемого кесарева сечения женщина категорически отказалась. Потуги начались 3 ч назад. Продвижение головки плода не отмечается, несмотря на полное открытие шейки матки. Отсутствуют плодный пузырь и ро¬довая деятельность.

Данные анамнеза. В детстве была болезненным ребенком, хо¬дить начала с 2 лет, взрослой перенесла пневмонию, грипп. Менструация с 14 лет, установилась сразу, продолжительностью 3 дня через 28 дней. Половая жизнь с 23 лет. Муж здоров. От пер-вой беременности на втором году замужества родилась девочка массой 2600 г. Две последующие беременности закончились меди¬цинским абортом без осложнений. Четвертая беременность 3 года назад закончилась самостоятельными срочными родами, которые длились 32 ч. Новорожденный массой 2850 г умер на вторые сутки после рождения. Настоящая беременность пятая, женскую кон¬сультацию посещала регулярно, осложнений не было.

Объективно. Рост—150 см, масса тела—54 кг, головка боль¬шая, четырехугольной формы. Зубы редкие с поперечными желоб¬ками. Грудь впалая, реберные четки, нижние конечности укороче¬ны, искривлены в виде Х. Отеков нет. Живот большой, отвислый, кожа живота дряблая. АД — 120/80— 120/85 мм рт. ст, пульс— 76 в 1 мин, удовлетворитель¬ного наполнения и напряжения. Температура тела 36,7 °С. Со стороны внутренних органов (сердца и легких) отклонений от нор¬мы не обнаружено. Мочится самостоятельно.

Данные акушерского исследования. Окружность живота — 96 см, высота стояния дна матки над лобком — 36 см. Размеры таза: 26—26—31—17 см. Индекс Соловьева—14 см; ромб Михаэлиса значительно деформирован, почти треугольной формы за счет уменьшения верхней половины ромба.Положение плода продольное, спина — справа, мелкие части — слева. Предлежащая головка малым сегментом во входе в малый таз. Признак Генкеля— Васте-на— вровень. Сердцебиение плода прослушать не удается, движения не ощущаются в течение последних 2 ч. Ориентировочная расчетная масса плода —3450 г.

Данные влагалищного исследования. Влагалище свободное, шейка матки сглажена, раскрытие полное. Плодного пузыря нет, подтекают густые, мутные воды в небольшом количестве с примесью мекония. Головка — малым сегментом во входе в малый таз. Стреловидный шов—в поперечном размере входа в малый таз ближе к мысу крестца. На передней теменной кости пальпируется большая родовая опухоль. Мыс крестца достигается, диагональная конъюгата — 6,5 см.

Показатели крови и мочи без изменений.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. План ведения этих родов.
4. Особенности биомеханизма родов при диагностируемой у ро¬женицы Ч. форме таза.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №4 (ОПК-1, О, ПК-6, ПК-8, , ПК-12)

Роженица Х., 26 лет, направлена врачом женской консультации в акушерскую клинику со слабыми регулярными схватками. Схватки начались 2 ч назад. Роды 1срочные.

Данные анамнеза. В детстве перенесла корь, взрослой — грипп. Менструация началась с 14 лет, установилась сразу продолжитель¬ностью 3 дня, через каждые 4 недели. Замужем с 23 лет, брак за¬регистрирован. Первая беременность наступила через год после замужества, закончилась самопроизвольным абортом на 4-м месяце. Настоящая беременность вторая, протекала без осложнений. Нахо¬дилась под наблюдением в женской консультации. Два раза проводилось профилактическое ле-чение по поводу угрозы прерывания беременности.

Объективно. Общее состояние роженицы при поступлении удов¬летворительное, температура тела—36,4 °С. Масса тела—51 кг, рост—148 см. Телосложение правильное. Отеков нет. Пульс— 74 в 1 мин, удовлетворительного наполнения, АД—115/70—120/70 мм рт. ст. Со стороны внут¬ренних органов отклонений от нормы не обнаружено. Живот остроконечный, овоидиой формы, окружность — 85 см. Высота стояния дна матки над лобком—32 см. Размеры таза:23—26—28—15 см. Индекс Соловьева—13 см; размеры ромба Михаэлиса — вертикальный — 6,5 ,см, гори-зонтальный—8 см. Положение плода продольное, спина—слева, мелкие части — справа. Предлежащая головка, баллотирует над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 140 уд./мин, слева ниже пупка. Схватки регу¬лярные, продолжительностью 15—20 с через 10—12 мин. Воды не отходили. Ориентировочная расчетная масса плода 2720 г.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые орга¬ны развиты нормально. Влагалище нерожавшей женщины, шейка матки не сглажена, длиной до 1,5 см, цервикальный канал проходим для кончика пальца. Через своды влагалища определяется высоко стоящая над входом в малый таз головка плода. Мыс крестца достижим, диагональная конъюгата 7 см. Экзостозов нет. Показатели крови и мочи без патологических отклонений.

Вопросы: 1. Диагноз.

2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.

3. Прогноз и план ведения этих родов.

4. Особенности биомеханизма родов у роженицы при диагностируемой форме таза.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №5 (ОПК-1, О, ПК-6, ПК-8, , ПК-12)

Роженица Н., 29 лет, переведена в клинику из районного ро¬дильного дома по поводу затянувшихся (до 30 ч) срочных родов. Воды отошли 2 ч назад при почти полном раскрытии шейки матки, после чего сразу начались слабые, непродолжительные, ма¬лопродуктивные потуги. Продвижение головки замедлилось, потуги стали еще слабее.

Данные анамнеза. В детстве перенесла корь и скарлатину. Условия труда и быта удовлетворительные. Менструация с 13 лет, умеренная, безболезненная, по 3—4 дня через 28 дней. Замужем с 23 лет, муж здоров. Беременность четвертая. Первая за-кончилась срочными родами живого плода массой 3500 г, вторая— медицинским абортом без осложнений, третья —сроч¬ными родами, продолжающимися более суток; родился живой мальчик массой 3900 г. Настоящая беременность протекала без осложнений.

Объективно. Состояние роженицы при поступлении удовлетво¬рительное. Температура тела—36,б°С. Рост—162 см, масса те¬ла—79 кг. Телосложение правильное. Кожа и видимая слизистая оболочка нормальной окраски. Отеков нет. Пульс— 78 в 1 мин, АД —120/80—125/80 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено.

Окружность живота—114 см, высота стояния дна матки—36 см. Матка овоидной формы. Размеры таза: 26—29— 32—21 см. Индекс Соловьева — 15 см;признак Генкеля—Вастена отрицательный. Положение плода продольное, спина — слева, мелкие части плода—справа. Предлежащая головка большим сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода 140 уд./мнн, ясное, ритмичное, слева ниже пупка. Ориентировоч¬ная масса плода 4100 г. Потуги короткие, слабые, не эффективные. Роженица утомлена, беспокойна, мочеиспускание затруднено. Моча застойная.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей женщины, шейка матки отечная, свисает рукавом, открытие полное. Плодный пузырь вскрыт. Го¬ловка плода малым сегментом стоит во входе в малый таз, стрело¬видный шов—в поперечном размере входа, малый и большой роднички расположены на одном уровне. Стреловидный шов слегка отклонен к мысу крестца, немного ниже опущена правая теменная кость, на которой определяется небольшая родовая опухоль. Экзостозов нет. Тенденции к продвижению головки в схватку нет.

Показатели крови и мочи без патологических отклонений.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. Клинически и анатомически узкий таз.
4. План дальнейшего ведения этих родов.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №6 (ОПК-1, О, ПК-6, ПК-8, , ПК-12)

Первородящая И., 24 лет, доставлена в клинику машиной скорой помощи.

Роды срочные, начались 5 часов назад.

Данные анамнеза. Болела простудными заболеваниями. Менструация с 14 лет, установилась сразу, про¬должительностью 3 дня через каждые 4 недели. Половая жизнь с 22 лет. Настоящая беременность первая. Наблюдалась в женской консультации регулярно.

Объективно. Женщина правильного телосложения, рост — 168 см, масса тела—69 кг. Общее состояние удовлетворительное, отеков нет. АД — 115/70—115/80 мм рт. ст, пульс удовлетворительных качеств, частота 80 в 1 мин. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Окружность живота — 99 см, высота стояния дна матки—32 см. Размеры таза: 22—25—28—17 см. Окружность лучезапястного сустава (индекс Соловьева) — 14,5 см. Ромб Михаэлиса: горизонтальная диагональ – 9 см, вертикальная – 9 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Признак Генкеля—Вастена отрицательный. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота — 140 уд./мин. Схватки хорошей силы, продолжительностью 30 с через 3-4 мин. Ориентировочная расчетная масса плода —2900 г.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые орга¬ны развиты нормально. Влагалище нерожавшей женщины, шейка матки сглажена, открытие зева – 3-4 см. Плодный пу¬зырь цел, напрягается при схватках. Предлежащая головка плода прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов—в правом косом размере, малый родничок— на 13 часах. Мыс крестца достижим, диагональная конъюгата—10 см.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические признаки, на основании которых установлен диагноз. Чему равна истиная коньюгата у роженицы И?
3. Прогноз и план ведения родов у роженицы Р.
4. Особенности биомеханизма родов при диагностированной у Р. форме таза.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №7 (ОПК-1, О, ПК-6, ПК-8, , ПК-12)

Роженица Ш., 34 лет, повторнородящая, доставлена в клинику машиной скорой помощи с начавшейся родовой деятельностью. Роды срочные, начались 6 ч назад.

Данные анамнеза. Наследственность не отягощена. Менструация на¬чалась с 16 лет, установилась сразу, продолжительностью 3 дня че¬рез каждые 32 дня. Имела две беременности: первая беременность закончилась рождением живого ребенка массой 2800 г, вторая— мертворожденного ребенка массой 3100 г. Первые роды длились около 2 сут, вторые тоже длительные. Во время настоящей беременности чувствовала себя хорошо, регулярно посещала женскую консультацию.

Объективно. При поступлении общее состояние удовлетворите¬льное, температуратела— 36,5°С. Рост—148 см, масса тела— 59 кг. Телосложение правильное. Скелет не деформирован. АД —120/80—125/80 мм рт. ст, пульс ритмичный, частота 74 в 1 мин. Внутренние органы без патологии. Живот овоидной формы, остроконечный. Окружность живота — 100 см, высота стояния дна матки над лобком — 34 см. Размеры таза: 25—28—30—17 см, индекс Соловьева — 14,5 см; ромб Михаэлиса изме¬ненной формы— вертикаль-8 см, горизонталь-11 см.

Положение плода продольное, предлежащая головка плода прижата ко входу в таз. Признак Генкеля — Вастена — вровень. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 140 уд./мин. Схватки средней силы, продолжительностью 25— 30 с через 7-8 мин. Отошли в умеренном количестве светлые воды. Ориентировочный вес плода по формулам — 3500 г.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые орга¬ны развиты правильно, влагалище емкое, лобковый угол прямой. Шейка матки сглажена, открытие 3 см, плодного пузыря нет. Головка плода — плотно прижата ко входу в малый таз.стре-ловидный шов—в поперечном размере входа в малый таз. Родовой опухоли на голове нет. Мыс крестца достигается. Диагональная конъюгата — 8,5 см.

Показатели крови и мочи без патологии.

Вопросы:

1. Диагноз,
2. Клинические признаки у роженицы Ш., устанавливающие диа¬гноз.
3. Прогноз и план ведения этих родов.
4. Особенности биомеханизма родов при диагностированной у Ш. форме таза.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №8 (ОПК-1, О, ПК-6, ПК-8, , ПК-12)

Роженица В., 37 лет, первоначальна планировала провести себе домашние роды. Однако роды затянулись и женщина поступила в стационар после 30 часов домашних родов. Воды отошли 20 ч назад. От предлагаемого кесарева сечения женщина категорически отказывается.. Потуги начались 2 ч назад. Продвижение головки плода не отмечается.

Данные анамнеза. В детстве была болезненным ребенком, взрослой перенесла пневмонию, грипп, страдает хроническим тонзилитом. Менструация с 14 лет, установилась сразу, продолжительностью 3 дня через 28 дней. Половая жизнь с 25 лет. Муж здоров. От пер¬вой беременности на втором году замужества родилась девочка массой 2900 г. Две последующие беременности закончились меди¬цинским абортом без осложнений. Четвертая беременность 3 года назад закончилась самостоятельными срочными родами, которые длились 32 ч. Новорожденный массой 3200 г умер на вторые сутки после рождения. Настоящая беременность пятая.

Объективно. Рост—155 см, масса тела—56кг. АД — 120/80— 120/85 мм рт. ст, пульс— 76 в 1 мин, удовлетворитель¬ного наполнения и напряжения. Температура тела 36,7 °С. Со стороны внутренних органов (сердца и легких) отклонений от нор¬мы не обнаружено. Мочится самостоятельно.

Данные акушерского исследования. Живот большой, отвислый, кожа живота дряблая.

Окружность живота — 96 см, высота стояния дна матки над лобком — 36 см. Размеры та¬за: 26—26—31—17 см. Индекс Соловьева—14 см; ромб Михаэлиса значительно деформирован, почти треугольной формы за счет уменьшения верхней половины ромба. Положение плода продольное, спина — справа, мелкие части — слева. Предлежащая головка малым сегментом во входе в малый таз. Признак Генкеля- Вастена - вровень. Сердцебиение плода прослушать не удается, движения не ощущаются в течение последних 2 ч. Ори¬ентировочная расчетная масса плода —3500 г.

Данные влагалищного исследования. Влагалище свободное, шейка матки сглажена, раскрытие полное. Плодного пу¬зыря нет, подтекают густые, мутные воды в небольшом количестве с примесью мекония. Головка — малым сегментом во входе в малый таз.

Стреловидный шов—в поперечном размере входа в малый таз ближе к мысу крестца. На передней теменной кости пальпируется большая родовая опухоль. Мыс крестца достигается, диагональная конъюгата — 9,5 см.

Показатели крови и мочи без изменений.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. План ведения этих родов.
4. Особенности биомеханизма родов при диагностируемой у ро¬женицы Ч. форме таза.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №9 (ОПК-1, О, ПК-6, ПК-8, , ПК-12)

Роженица М., 25 лет, поступила в клинику со слабыми регулярными схватками. Схватки начались 2 часа назад. Роды 1срочные.

Данные анамнеза. В детстве часто болела простудными заболеваниями. Менструация началась с 14 лет, установилась сразу продолжитель¬ностью 3 дня, через каждые 4 недели. Замужем с 23 лет, брак за¬регистрирован. Настоящая беременность первая, протекала без осложнений.

Объективно. Общее состояние удов¬летворительное, температура тела—36,4 °С. Масса тела— 49 кг, рост—150 см. Телосложение правильное. Отеков нет. Пульс— 74 в 1 мин, удовлетворительного наполнения, АД—115/70—120/70 мм рт. ст. Со стороны внут¬ренних органов отклонений от нормы не обнаружено.

Живот остроконечный, овоидиой формы, окружность — 90 см. Высота стояния дна матки над лобком—32 см. Размеры таза:23—26—28—15 см. Индекс Соловьева—13 см; размеры ромба Михаэлиса — вертикальный — 7 см, гори¬зонтальный—9см. Положение плода продольное, спина—слева, мелкие части — справа. Предлежащая головка, баллотирует над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 140 уд./мин, слева ниже пупка. Схватки регу¬лярные, продолжительностью 10-15 с через 10-15 мин. Воды не отходили. Ориентировочная расчетная масса плода 3200 г.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые орга¬ны развиты нормально. Влагалище нерожавшей женщины, шейка матки сглажена, открытие до 1,5 см. Через своды влагалища определяется высоко стоящая над входом в малый таз головка плода. Мыс крестца достижим, диагональная конъюгата 8 см. Экзостозов нет.

Показатели крови и мочи без патологических отклонений.

Вопросы:

1.Диагноз

2. Клинические признаки, подтверждающие этот диагноз.

3.План проведения этих родов.

4.Особенности биомеханизма родов при диагностируемой форме сужения тазаю

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №10 (ОПК-1, ОПК-8, О, ПК-6, ПК-8, , ПК-12)

Роженица О, 31 год, поступила в клинику из дома через 30 часов от начала срочных родов. Воды отошли 4 ч назад умеренное количество, светлые.

Данные анамнеза. Соматический анамнез не отягощен. Условия труда и быта удовлетворительные. Менструация с 13 лет, умеренная, безболезненная, по 3—4 дня через 28 дней. Замужем с 20 лет, муж здоров. Беременность четвертая. Первая за-кончилась срочными родами живого плода массой 3400 г, вторая— медицинским абортом без осложнений, третья —сроч¬ными родами, продолжающимися около суток; родился живой мальчик массой 4500 г. Настоящая беременность протекала без осложнений.

Объективно. Состояние роженицы при поступлении удовлетво¬рительное. Температура тела—36,б°С. Рост—173 см, масса те¬ла—87 кг. Телосложение правильное. Кожа и видимая слизистая оболочка нормальной окраски. Отеков нет. Пульс— 78 в 1 мин, АД —120/80—125/80 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Окружность

живота—115 см, высота стояния дна матки—37 см. Матка овоидной формы. Размеры таза: 26—29— 32—21 см. Индекс Соловьева — 15 см; признак Генкеля—Вастена отрицательный. Положение плода продольное, спинка — слева, мелкие части плода—справа. Предлежащая головка большим сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода 140 уд./мнн, ясное, ритмичное, слева ниже пупка. Ориентировоч¬ная масса плода 4200 г. Потуги короткие, слабые, не эффективные. Роженица мочится самостоятельно. Моча прозрачная, соломенно-желтого цвета.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей женщины, шейка матки сглажена, открытие полное. Плодный пузырь вскрыт. Го¬ловка плода большим сегментом стоит во входе в малый таз, стрело-видный шов—в поперечном размере входа, малый родничок расположен кпереди. На предлежащей головке плода определяется небольшая родовая опухоль. Экзостозов нет.

Показатели крови и мочи без патологических отклонений.

Вопросы: 1. Диагноз. 2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.

3. Клинически и анатомически узкий таз.

4. План дальнейшего ведения этих родов.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №11 (ОПК-1, О, ПК-6, ПК-8, , ПК-12)

Пациентка Л., 22 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на задержку менструации в течение 2 месяцев, появившуюся тягу к острой пище. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено.

Данные влагалищного исследования. С помощью влагалищных зеркал установлено: наружные половые органы развиты правильно, слизистая оболочка влагалища и шейки матки синюшная, шейка чистая. При бимануальном исследовании обнаружено: вход во влагалище свободный, шейка цилиндрической формы, наружный зев шейки матки закрыт, своды влагалища глубокие, матка в антефлексии, увеличена до размеров гусиного яйца, мягковатой консистенции; придатки не увеличены, безболезненные. Матка изменяет свою консистенцию, плотнеет и сокращается, перегнута кпереди, как бы сложена вдвое; в области левого угла матки выпячивание (асимметрия); повышена подвижность шейки матки; перешеек матки очень размягчен, пальцы внутренней и наружной руки соединяются в области перешейка.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. Вероятные признаки, указывающие на наличие беременности у этой женщины.

3. Как обозначить цифрами бнмануальные признаки беременности в том порядке, в каком они описаны в условии задачи?

I - Горвица - Гегара;

2 - Снегирева;

3 - Пискачека;

4 - Губарева - Гауса;

5 - Гентера.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №12 (ОПК-1, О, ПК-6, ПК-8, , ПК-12)

Пациентка А., 26 лет, обратилась в женскую консультацию для определения беременности. Менструации после предыдущих родов не было, ребенку 7 месяцев, кормится грудью. В течение последних 2 недель беспокоит тошнота, рвота по утрам, сонливость. От беременности не предохранялась. Со стороны внутренних органов, в том числе пищеварения, патологии не обнаружено, АД— 120/75 мм рт. ст.

Данные влагалищного исследования: наружные половые органы развиты нормально, слизистая оболочка влагалища и шейки матки синюшная, шейка цилиндрической формы, наружный зев шейки матки закрыт. Матка в антефлексии, увеличена до размеров куриного яйца. Трубы и яичники в норме.

Бимануальные признаки беременности: тело матки перегнуто кпереди; шейка матки легко смещается; область перешейка матки размягчена так, что пальцы внутренней и наружной руки соединяются почти без сопротивления; форма матки несколько асимметричная за счет вытягивания в области левого угла; консистенция матки мягкая, но во время исследования стенка матки плотнеет и сокращается в размере.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Вероятные признаки, указывающие на наличие беременности у этой женщины.
3. Как обозначить цифрами бимануальные признаки беременности в том порядке, в каком они описаны в условии задачи?

I — Горвица — Гегара;
2 — Снегирева;
3 — Пискачека;
4 — Губарева—Гауса;
5— Гентера.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №13(ОПК-1, О, ПК-6, ПК-8, , ПК-12)

Пациентка И., 24 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на задержку менструации в течение 3 месяцев, появившееся отвращение к табачному дыму. В течение полугода жила половой жизнью, от беременности не предохранялась. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено, АД—120/60 мм.рт.ст. На лице и сосках молочных желез выражена пигментация кожи.

Данные влагалищного исследования: наружные половые органы развиты правильно, выражен цианоз слизистой оболочки шейки и влагалища. Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев округлой формы, плотно закрыт. Матка в антефлексии, увеличена до размеров головки новорожденного, дно ее доходит до уровня верхнего края лобкового симфиза. Трубы и яичники не увеличены.

Результаты бимануального исследования: а) форма матки слегка асимметричная за счет вытягивания в области правого угла; б) консистенция матки мягковатая, но во время исследования матка уплотняется и сокращается в размере; в) шейка матки легко смещается, значительно размягчен перешеек; г) пальцы внутренней и наружной руки соединяются в области перешейка; д) матка сильно перегнута кпереди.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Вероятные признаки, указывающие на наличие беременности у этой женщины.
3. Как обозначить цифрами бимануальные признаки беременности в том порядке, в каком они описаны в условии задачи?

I — Горвица — Гегара;
2 — Снегирева;
3 — Пискачека;
4 — Губарева—Гауса;
5 — Гентера.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №14 (ОПК-1, О, ПК-6, ПК-8, , ПК-12)

Повторнобеременная Л., 26 лет, обратилась за консультацией к участковому врачу женской консультации. Дату последней менструации и первого шевеления плода не помнит. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено, АД — 120/80 мм рт. ст.

Данные наружного акушерского исследования: дно матки на уровне мечевидного отростка, в правой боковой стороне матки прощупывается гладкая широкая поверхность плода, в левой— мелкие выступы, часто изменяющие положение. Предлежащая часть прощупывается в виде крупной, округлой части, имеющей отчетливые контуры, прижата ко входу в малый таз.

Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота—140 уд./мн, лучше прослушивается справа ниже пупка.

Вопросы:

1. Срок беременности по высоте стояния дна матки.

2. Положение и позиция плода, предлежащая часть плода.

3. Соответствует ли точка лучшего выслушивания сердцебиения плода описанному в задаче расположению частей плода.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №15 (ОПК-1, О, ПК-6, ПК-8, , ПК-12)

Первобеременная И., 23 лет, обратилась в женскую консультацию по поводу беременности. Срок последней менструации и первого шевеления плода не помнит.

Данные наружного акушерского исследования: дно матки на 3—4 пальца выше пупка, в области дна определяется крупная, шаровидная, баллотирующая часть плода, в правой боковой стороне матки прощупывается гладкая широкая поверхность плода, в левой — мелкие подвижные бугорки. Предлежащей частью является объемистая, мягкая часть плода, не способная к баллотированию. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота—136 уд\мин, ясно выслушивается справа выше пупка.

В опрос ы:

1. Срок беременности по высоте стояния дна матки.

2. Положение и позиция плода, предлежащая часть плода.

4. Соответствует ли точка лучшего выслушивания сердцебиения плода описанному членорасположенню?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №16 (ОПК-1, О, ПК-6, ПК-8, , ПК-12)

Первоберемеиная А., 19 лет, обратилась в женскую консультацию по поводу беременности. Срок последней менструации и первого шевеления плода не помнит. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено, АД—120/80 мм рт.ст.

Данные наружного акушерского исследования: дно матки на 2-3 пальца выше пупка, в левой боковой стороне матки прощупывается гладкая широкая поверхность плода, в правой—мелкие подвижные выступы. Предлежащая часть прощупывается в виде крупной, плотной округлой части, баллотирующей между пальцами. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота - 136 уд./мии, ясно выслушивается слева ниже пупка.

Вопросы:

1. Срок беременности по высоте стояния дна матки.

2. Положение и позиция плода, предлежащая часть плода.

3 Соответствует ли точка лучшего выслушивания сердцебиения плода описанному членорасположеиию?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №17 (ОПК-1, О, ПК-6, ПК-8, , ПК-12)

Многорожавшая беременная, 30 лет, обратилась в женскую консультацию. Дату последней менструации и первого шевеления плода не помнит.

При наружном акушерском исследовании обнаружено: живот поперечно-овальной формы, дно матки на два пальца выше пупка, в левой боковой стороне матки прощупывается круглая, плотная, баллотирующая часть плода, в правом боковом отделе определяется объемистая, мягковатая, не баллотирующая часть плода. Предлежащая часть над входом в таз не прощупывается. Сердцебиение плода отчетливо прослушивается на уровне пупка.

Вопросы:

1. Срок беременности по высоте стояния дна матки.

2. Положение и позиция плода, предлежащая часть плода.

3. Соответствует ли точка лучшего выслушивания сердцебиения плода описанному членорасположению?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №18 (ОПК-1, О, ПК-6, ПК-8, , ПК-12)

Пациентка Ш., 20 лет, обратилась в женскую консультацию по поводу беременности. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено, АД - 120/80мм рт. ст. Выражена сглаженность пупка. Окружность живота—82 см, высота стояния дна матки, измеренная сантиметровой лентой,— 28см.

Данные наружного акушерского исследования: дно матки— посредине расстояния между пупком и мечевидным отростком, в левой боковой стороне матки прощупывается гладкая широкая поверхность плода, в правой — мелкие подвижные бугорки, предлежащая часть— высоко над входом в малый таз в виде крупной, плотной, шаровидной части, способной к баллотированию. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота—140 уд./мин, Местом наиболее ясного сердцебиения является точка слева ниже пупка.

Вопросы:

1. Срок беременности.
2. Дополнительные дифференциальные признаки беременности, указывающие на данный срок беременности.
3. Положение и позиция плода, ппредлежащая часть плода.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №19 (ОПК-1, О, ПК-6, ПК-8, , ПК-12)

Беременная И., 32 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на похудение за последние 3 дня на1500 г. Последняя менструация 9 мес назад. При этом отмечает, что ей легче дышать. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено АД—120/ 80 мм рт. ст. При осмотре живота обнаружено заметное выпячивание пупка. Окружность живота—98 см, высота стояния дна матки, измеренная сантиметровой лентой,—32 см.

Данные наружного акушерского исследования: дно матки — посредине расстояния между пупком и мечевидным отростком, в левой боковой стороне матки прощупывается плотная, гладкая, широкая поверхность плода, в правой—мелкие бугорки, легко изменяющие свое положение. Предлежащая часть крупная, плотная, хорошо контурируемая, плотно прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота—136 уд./ мин, слева ниже пупка.

Вопросы:

1. Срок беременности.
2. Дополнительные дифференциальные признаки беременности, указывающие на данный срок беременности.
3. Положение и позиция плода, предлежащая часть плода.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №20 (ОПК-1, О, ПК-6, ПК-8, , ПК-12)

Пациентка А., 28 лет, беременность третья, 2 нормальных родов. Последняя менструация началась 25 декабря, первое шевеление почувствовала 9 мая. При первом посещении женской консультации 16 февраля была обнаружена беременность сроком 6 недель,

Вопросы:

1. Предполагаемый срок родов по менструации.
2. Предполагаемый срок родов по первому шевелению плода.
3. Предполагаемый срок родов по первому обращению в женскую консультацию.
4. Средняя предполагаемая дата родов.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №21 (ОПК-1, О, ПК-6, ПК-8, , ПК-12)

Первородящая Ж., 22 лет, поступила в родильный дом спустя 4 ч от начала регулярных, периодически повторяющихся схваток. Общее состояние удовлетворительное, АД - 120/80 мм рт. ст. Положение плода продольное, предлежащая часть—головка. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 130 уд./ мин.

Данные влагалищного исследования: влагалище свободное, шейка матки сглажена, края ее тонкие, маточный зев открыт на 3 см, плодный пузырь цел, напряжен, расположение головки плода не удастся определить из-за опасности раннего вскрытия плодного пузыря.

Вопросы:

1. Диагноз?

2. Механизм сглаживания и раскрытия шейки матки у этой роженицы. Нормально ли идет раскрытие шейки матки?

3. Характер схваток в первом периоде родов.

4. Плодный пузырь. Раннее отхождение околоплодных вод,

5. Продолжительность первого периода родов у этой роженицы.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №22 (ОПК-1, О, ПК-6, ПК-8, , ПК-12)

Повторнородящая И., 23 лет, поступила в роддом с доношенной беременностью спустя 4 ч от начала регулярных, периодически повторяющихся схваток. Беременность вторая, первые роды 2 года назад протекали нормально. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. АД 125/80 мм рт. ст. Положение плода продольное, первая позиция, предлежащая головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 140 уд./мин.

Данные влагалищного исследования: влагалище широкое, шейка матки сглажена, края ее толстые, открытие маточного зева 5 см. Плодный пузырь цел, напрягается при схватках. Расположение предлежащей головки плода не определяется из-за опасности раннего разрыва плодного пузыря.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. Механизм сглаживания и раскрытия шейки матки у этой роженицы.

3. Продолжительность и название первого периода родов.

4. Передние и задние околоплодные воды. Когда отхождение вод считается своевременным?

5. Продолжительность первого периода родов у этой роженицы.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №23 (ОПК-1, О, ПК-6, ПК-8, , ПК-12)

Первородящая М., 20 лет, находится в родах, которые начались в срок и продолжаются 12 ч. Отошли светлые околоплодные воды и начались потуги. Общее состояние удовлетворительное, АД—120/80 мм рт. ст. Окружность живота— 100 см, высота стояния дна матки—32 см. Размеры таза: 25—28— 30—20 см. Положение плода продольное, предлежащая головка в плоскости входа в малый таз, большая часть ее находится над входом. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 140 уд./ми.

Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, открытие ее полное, плодный пузырь вскрыт, крестцовая впадина свободна, к мысу крестца можно подойти только согнутым пальцем, внутренняя поверхность лобкового симфиза доступна исследованию. Стреловидный шов головки плода стоит в правом косом размере, малый родничок определяется слева, ближе к лобковому симфизу, лежит ниже других точек головки.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. Характер предлежащей части, позиция и вид предлежания.

3. В какой части таза определяется головка плода при влагалищном исследовании? Какие данные подтверждают это?

4. Каким размером головки пройдет плод при этом вставлении:

название размера, его величина, окружность головки, соответствующая этому размеру.

Проводная точка головки плода при этом предлежании.

5.Ведение второго периода у рожениц с факторами повышенного риска плода.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №24 (ОПК-1, О, ПК-6, ПК-8, , ПК-12)

Первородящая Ч., 23 лет, находится в родах, которые начались в срок и продолжаются 11 ч. Час назад отошли светлые околоплодные воды и начались потуги. Состояние удовлетворительное, АД— 125/85 мм рт. ст. Окружность живота—99 см, высота стояния дна матки—30 см, размеры таза—26—29—32— 21 см. Положение плода продольное, предлежащая

головка в полости таза и при наружном исследовании над входом в таз не определяется. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 130 уд./мин, слева ниже пупка.

Данные влагалищного исследования: шейка сглажена, открытие маточного зева полное, плодный пузырь вскрыт. Крестцовая впадина полностью заполнена головкой, седалищные ости не определяются, при потугах происходит выпячивание промежности. Стреловидный шов головки плода стоит в прямом размере плоскости выхода малого тазатаза, малый родничок обращен к лобковому симфизу, лежит ниже большого родничка.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Характер предлежащей части и вид предлежання.
3. В какой части таза определяется головка плода при влагалищном исследовании? Какие данные подтверждают это?
4. Каким размером головки пройдет плод при этом предлежании:

название размера, его величина, окружность головки, соответствующая этому размеру? Проводная точка головки плода при этом предлежании.

5. Определение наличия и ритма родовых схваток.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №25 (ОПК-1, О, ПК-6, ПК-8, , ПК-12)

Первородящая М., 22 лет, находится в родах, начавшихся в срок и продолжающихся 12 ч. Только что отошли светлые, в умеренном количестве, околоплодные воды, начались потуги. Общее состояние удовлетворительное, АД—120/70 мм рт. ст. Окружность живота—98 см, высота стояния дна матки— 29 см, размеры таза—25—28—31—20 см. Положение плода продольное, предлежащая часть - головка плода, над входом в таз определяется незначительная часть головки. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 130 уд./мин.

Данные влагалищного исследования: влагалище нерожавшей женщины, шейка сглажена, открытие маточного зева полное, плодный пузырь вскрыт. Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок определяется слева, ближе к крестцу, большой—справа, ближе к лобку. Оба родничка стоят на одном уровне. Верхняя половина крестцовой впадины и две трети внутренней поверхности лобкового сочленения заняты головкой. Свободно прощупываются IV и V крестцовые позвонки и седалищные ости.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Характер предлежащей части, позиция и вид предлежания.
3. Часть таза, в которой определяется головка плода при влагалищном исследовании. Какие данные подтверждают это?
4. Каким размером головки пройдет плод при этом предлежании:

название размера, его величина и окружность головки, соответствующая данному размеру? Проводная точка головки плода при этом предлежании.

5. Коррекция жизнедеятельности плода в первом периоде родов.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №26 (ОПК-1, О, ПК-6, ПК-8, , ПК-12)

Повторнородящая А,, 30 лет, находится в родах, начавшихся в срок и продолжающихся 8 ч. Только что отошли светлые околоплодные воды и начались потуги. Общее состояние удовлетворительное, АД — 120/75 мм рт. ст. Окружность живота — 102 см, высота стояния дна матки—31 см, размеры таза—25— 28—30—20 см. Положение плода продольное, предлежащая головка плода большей своей окружностью находится ниже плоскости входа в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 14Оуд./мин.

Данные влагалищного исследования: влагалище свободное, шейка матки сглажена, открытие полное, плодный пузырь вскрыт, стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа, ближе к лобковому симфизу и лежит ниже других точек головки. Верхняя половина крестцовой впадины и две трети внутренней поверхности лобкового сочленения заняты головкой. Свободно прощупываются IV и V крестцовые позвонки и седалищные ости.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. Характер предлежащей части, позиция и вид предлежания.

3. Часть таза, в которой определяется головка плода при влагалищном исследовании. Какие данные подтверждают это?

4. Какпм размером головки пройдет плод при этом предлежании:
название размера, его величина и окружность головки, соответствующая данному размеру?Проводная точка головки плода при этом предлежании?

5. Факторы риска плода в родах.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №27 (ОПК-1, О, ПК-6, ПК-8, , ПК-12)

Повторнородящая К., 29 лет, находится в родах, начавшихся в срок. Спустя 10 ч от начала регулярных схваток отошли светлые околоплодные воды в умеренном количестве и начались потуги. Общее состояние удовлетворительное, АД—120/70мм рт. ст. Окружность живота— 100 см, высота стояния дна матки— 30 см, размеры таза—26—29—31—21см. Положение плода продольное, предлежащая часть—головка, полностью находится в полости таза и при наружном исследовании не определяется. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 140 уд./мин.

Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, открытие полное, плодный пузырь вскрыт. Вся крестцовая впадина и внутренняя поверхность лобкового симфиза заняты предлежащей головкой. Легко достигаются только нижний край лонного сочленения, внутренняя поверхность седалищных бугров и верхушка копчика. Стреловидный шов головки плода стоит в правом косом размере, близко к прямому. Малый родничок определяется справа, обращен к крестцу, большой — слева, ближе к симфизу, оба родничка стоят на одном уровне. Вопросы:

1. Диагноз.

2. Характер предлежащей части, позиция и вид предлежанпя.

3. Часть таза, в которой определяется головка плода при влагалищном исследовании? Какие данные подтверждают это?

4. Каким размером головки проходил плод при этом предлежании: название размера, его величина и окружность головки, соответствующая данному размеру? Проводная точка головки плода при этом предлежании,

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №28 (ОПК-1, О, ПК-6, ПК-8, , ПК-12)

У роженицы М. через 12 ч от начала регулярной родовой деятельности родился живой доношенный ребенок мужского пола массой3200 г. Головка мальчика долихоцефалической формы, вытянута в виде огурца спереди назад. На затылочной части головки определяется родовая опухоль с центром в области малого родничка. Тщательный осмотр формы головки плода и локализации родовой опухоли позволяет определить характер предлежащей части плода в родах.

Вопросы:

1. При каком предлежании плода произошли описанные роды?

2. Проводная точка головки при этом предлежании.

3. Каким размером головки проходил плод при описанных родах?

4. Измерение этого размера на головке плода. Величина его окружности головки, соответствующей этому размеру.

5. Методы профилактики гипоксии плода в родах.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №29 (ОПК-1, О, ПК-6, ПК-8, , ПК-12)

У роженицы Л. через 10ч от начала регулярной родовой деятельности родился живой доношенный ребенок женского пола массой3100 г. Головка у девочки долихоцефалической формы, вытянута в виде огурца спереди назад. На затылочной части головки определяется родовая опухоль с центром посредине между большим и малым родничком.

Вопросы:

\. При каком предлежании плода произошли описанные роды?

2. Проводная часть головки плода при этом предлежании.

3. Каким размером головки проходил плод при описанных родах? Название размера, его величина и окружность головки, соответствующая данному размеру.

4. Определение наличия и ритма родовых схваток.

5.Когда в обязательном порядке следует проводить влагалищное исследование роженицы?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №30 (ОПК-1, О, ПК-6, ПК-8, , ПК-12)

Первородящая Ю.20 лет, поступила в родильный дом спустя 3 ч от начала регулярных схваток. Общее состояние удовлетворительное, АД - 120/80 мм рт. ст. Положение плода продольное, предлежащая часть—головка, плотно прижата ко входу в малый таза. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 136 уд./ мин.

Данные влагалищного исследования: влагалище свободное, шейка матки сглажена, края ее тонкие, маточный зев открыт на 3-4 см, плодный пузырь цел, напряжен, предлежит головка плода, плотно прижата ко входу в малый таз.

Вопросы:

1. Диагноз?

2. Механизм сглаживания и раскрытия шейки матки у этой роженицы. Нормально ли идет раскрытие шейки матки?

3. Характер схваток в первом периоде родов.

4. Правила защиты промежности при рождении головки плода.

5. Продолжительность первого периода родов у этой роженицы.

Приложение 4

Перечень практических навыков для подготовки к зачёту по клинической практике (помощник врача стационара терапевтического, хирургического, акушерско-гинекологического профиля) для промежуточной аттестации студентов 4 курса педиатрического факультета по специальности 31.05.02 - педиатрия

Раздел «Терапия»

1. Аускультативная картина аортального стеноза, аортальной недостаточности, митрального стеноза, митральной недостаточности, трикуспидалного стеноза, трикуспидалной недостаточности.(ПК-5)
2. Клинические проявления застойных явлений по малому и большому кругам кровообращения.(ПК-5)
3. Аускультативная картина при бронхиальной астме, хронической обструктивной болезни лёгких, пневмонии, отёке лёгких.(ПК-5)
4. Интерпретация общего анализа крови: признаки воспаления, признаки железодефицитной анемии. В12-дефицитной анемии, хронических лейкозов.(ПК-5)
5. Интерпретация общего анализа мочи.(ПК-5)
6. Методика проведения и интерпретация пробы по Зимницкому, пробы по Нечипоренко, пробы Реберга-Тареева.(ПК-5)
7. Интерпретация биохимического анализа крови: показатели нормальной липидограммы, признаки дислипидемии, нарушения углеводного обмена,

лабораторные синдромы при гепатите, циррозе печени, холецистите, панкреатите, показатели коагулограммы.(ПК-5)

8. Интерпретация копрограммы: признаки экзокринной недостаточности поджелудочной железы.(ПК-5)
9. Интерпретация ЭКГ: диагностика стадии и локализации инфаркта миокарда, признаки нарушений возбудимости (желудочковая и наджелудочковая экстрасистолия) и проводимости (блокады синоатриальная, атриовентрикулярная, блокады ножек пучка Гиса), признаки фибрилляции предсердий, наджелудочковой и желудочковой тахикардии, фибрилляции желудочков.(ПК-5)
10. Интерпретация рентгенограммы органов грудной клетки: оценка тени сердца, признаки пневмонии, ХОБЛ, бронхиальной астмы.(ПК-5)
11. Интерпретация рентгенологического обследования ЖКТ: признаки язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки и её осложнений, признаки болезни Крона, неспецифического язвенного колита.(ПК-5)
12. Техника проведения и интерпретация спирометрии. Порядок проведения и интерпретация пробы с бронхолитиком.(ПК-5)
13. Интерпретация ФГДС: признаки язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки в стадии обострения ремиссии.(ПК-5)
14. Методика определения группы крови.(ПК-5)

Раздел «Хирургия»

I. Правильно провести обследование больного (ПК-5, ПК-6):

1. Сбор анамнеза.
2. Внешний осмотр больного.
3. Пальпация молочной железы.
4. Определение пульсации на периферических артериях нижних конечностей.
5. Исследование пульса.
6. Осмотр и пальпация живота.
7. Перкуссия и пальпация печени, селезенки.

II. Знать технику выполнения врачебных манипуляций:

1. Техника и правила переливания крови и кровезаменителей (ПК-5).
2. Определение групп крови Rh-фактора с помощью стандартных изогемагглютинизирующих сывороток (ПК-5).
3. Определение группы крови и Rh-фактора с помощью цоликлонов (ПК-5).
4. Техника переливания препаратов крови, показания, пробы (ПК-5).
5. Подготовка больного к рентгенологическому и ультразвуковому исследованию желудочно-кишечного тракта, мочевыводящей системы; к эндоскопическому исследованию желудочно-кишечного тракта (ПК-5).
6. Ректальное исследование в диагностике острых заболеваний органов брюшной полости. Техника. Интерпретирование полученных результатов (ПК-5).
7. Техника пальцевого обследования наружного пахового кольца и интерпретация полученных результатов (ПК-5).
8. Промывание желудка, кишечника (ПК-5, ПК-8).
9. Зондирование желудка (ПК-5, ПК-8).
10. Клизмы очистительные, сифонные, лечебные (ПК-5, ПК-8).
11. Наложить кровоостанавливающий жгут на бедро при кровотечении из бедренной артерии (ПК-8).
12. Катетеризация мочевого пузыря резиновым и металлическим катетерами. Показания. Техника. Осложнения. (ПК-5, ПК-8)
13. Катетеризация мочевого пузыря у мужчин. Показания. Техника. Возможные

осложнения и способы их профилактики. (ПК-5, ПК-8)

14. Техника выполнения паранефральной блокады. Показания. Осложнения. (ПК-8)
15. Иммобилизация конечности при закрытом переломе. (ПК-8)
16. Методика проведения плевральной пункции. Показания. Осложнения.(ПК-8)
17. Гастростомия. Показания. Способы. Осложнения. (ПК-8)
18. Холецистостомия. Показания. Методы. Техника. Подобрать инструменты к холецистостомии. (ПК-8)
19. Лапароцентез. Показания. Подобрать инструменты. Осложнения. «Шарящий» катетер в неотложной хирургии брюшной полости. Показания. Техника. Осложнения. (ПК-5, ПК-8)

III. Уметь интерпретировать данные обследований (ПК-5):

1. Чтение и клиническая интерпретация рентгенограмм, данных рентгенконтрастных методов исследования.
2. Клиническая оценка данных УЗИ внутренних органов.
3. Оценка данных эзофагогастродуоненоскопии, колоноскопии, ректороманоскопии, бронхоскопии, лапораскопии.

IV. Клиническая интерпретация (ПК-5):

1. общего анализа крови;
2. общего анализа мочи (анализов по Зимницкому, Нечипоренко);
3. анализа желудочного содержимого;
4. анализа дуоденального содержимого;
5. биохимических анализов крови

V. Уметь оказать неотложную помощь (ОК-4, ПК-8):

1. Неотложная помощь при кровотечении у больных с язвенной болезнью желудка, двенадцатиперстной кишки и синдромом Мэллори-Вейса.
2. Неотложная помощь при декомпенсированном стенозе привратника.
3. Неотложная помощь при ректальном кровотечении.
4. Неотложная помощь больному при кровотечении из варикозно-расширенных вен пищевода.
5. Неотложная помощь больному с механической желтухой.
6. Неотложная помощь при тупой травме живота с повреждением паренхиматозных органов.
7. Неотложная помощь при тупой травме живота с повреждением полых органов.
8. Неотложная помощь при остром панкреатите.
9. Неотложная помощь больному с желчной коликой.
10. Неотложная помощь больным с копростазом.
11. Неотложная помощь при прободении язв желудка и двенадцатиперстной кишки.
12. Эвентрация. Основные причины. Клиника. Диагностика. Лечение и профилактика.
13. Неотложная помощь при острой кишечной непроходимости (в том числе и при динамической).

VII. Уметь оформить основные формы медицинской документации (ОПК-6):

1. истории болезни
2. листы назначений хирургическим пациентам

Раздел «Акушерство»

Правильно провести обследование больного (ПК-12):

1. Сбор общего анамнеза.
2. Сбор специального (акушерско-гинекологического) анамнеза
3. Внешний осмотр беременной.
4. Наружное акушерское исследование.
5. Внутреннее акушерское исследование.
6. Аускультация сердцебиения плода.

Знать технику выполнения врачебных манипуляций:

1. Техника и правила переливания крови и кровезаменителей (ПК-12).
2. Определение групп крови Rh-фактора с помощью стандартных изогемагглютинизирующих сывороток (ПК-12).
3. Определение группы крови и Rh-фактора с помощью цоликлонов (ПК-12).
4. Техника переливания препаратов крови, показания, пробы (ПК-12).
5. Оценка зрелости родовых путей при доношенной беременности (ПК-12).
6. Пельвиометрия. Техника. Нормальные размеры таза. (ПК-12)
7. Кардиотокография. Показания, методика, интерпретация результатов. (ПК-12)
8. Влагалищное исследование в родах. Показания. Техника. (ПК-12).
9. Амниоскопия. Показания, противопоказания. Условия.Техника. (ПК-, ПК-12).
10. Амниотомия. Показания, противопоказания. Условия. Техника. (ПК-8, ПК-12).
11. Техника осмотра мягких родовых путей в раннем послеродовом периоде (ПК-12).
12. Рассечение промежности в родах, показания, техника. (ПК-8, ПК-12).
13. Ушивание разрывов мягких родовых путей. (ПК-8, ПК-12).
14. Кесарево сечение, показания, методики, методы обезболивания. Осложнения. (, ПК-8, ПК-12).
15. Акушерские щипцы, показания, противопоказания, условия, осложнения. (ПК-8, ПК-12)
16. Вакуум-экстракция плода, показания, противопоказания, условия, осложнения. (ПК-8, ПК-12)
17. Катетеризация мочевого пузыря резиновым катетером. Показания. Техника. Осложнения. (ПК-8, ПК-12)

Уметь интерпретировать данные обследований (ПК-6, ПК-12):

1. Чтение и клиническая интерпретация данных пельвиометрии у беременных,
2. Клиническая оценка данных УЗИ плода.
3. Оценка данных УЗДГ ФПК.
4. Оценка данных КТГ.

Клиническая интерпретация (ПК-6):

1. общего анализа крови;
2. общего анализа мочи (анализов по Зимницкому, Нечипоренко);
3. биохимических анализов крови
4. коагулограммы
5. анализ микроскопического исследования отделяемого из влагалища, уретры и цервикального канала.

Уметь оказать неотложную помощь (ПК-8):

1. Неотложная помощь при кровотечении у беременных с предлежанием плаценты;
2. Неотложная помощь беременным при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты.
3. Неотложная помощь беременным при тяжелой преэклампсии, эклампсии, HELLP-

синдроме;

4. Неотложнаяпомощьбеременнымс острыми расстройствами гемодинамики различной этиологии (острая сердечно-сосудистая недостаточность, гиповолемический шок, септический шок, кардиогенный шок, травматический шок);
5. Неотложная помощь роженицам при срочных родах;
6. Неотложная помощь роженицам при преждевременных родах;
7. Неотложная помощь роженицам с нарушением отделения плаценты и выделения последа.
8. Неотложная помощь родильницам с гипотоническим кровотечением в раннем послеродовом периоде;
9. Неотложная помощь родильницам с травмами мягких родовых путей;
10. Неотложная помощь родильницам с послеродовыми инфекционными осложнениями;
11. Неотложная помощь при асфиксии новорожденного.

Уметь оформить основные формы медицинской документации (ПК-12):

1. истории родов
2. листы назначений беременным, роженицам и родильницам.

Лист согласования

Выдан кафедре факультетской терапии в том, что списки рекомендованной литературы в рабочих программах дисциплин : «факультетская терапия. профессиональные болезни» по направлению подготовки: 31.05.01 «Лечебное дело», 31.05.02 «Педиатрия»; «внутренние болезни» по направлению подготовки 31.05.03 – Стоматология; «внутренние болезни, военно-полевая терапия» по направлению подготовки 32.05.01 – Медико-профилактическое дело; производственной практики «Клиническая (помощник врача)» по направлению подготовки: 31.05.01 «Лечебное дело» и производственной практики «Клиническая (помощник врача стационара (терапевтического, хирургического, акушерско-гинекологического профиля)» по направлению подготовки: 31.05.02 «Педиатрия» соответствуют требованиям ФГОС ВО и ГОСТ Р 7.0.100-2018.

Согласовано:

Директор библиотеки Кириллова В.А.

Лист согласования

Выдан кафедре факультетской хирургии в том, что списки рекомендованной литературы в рабочих программах: клинической практики «помощник врача» по направлению подготовки: 31.05.01 «Лечебное дело» и производственной практики «помощник врача стационара (терапевтического, хирургического, акушерско-гинекологического профиля)» по направлению подготовки: 31.05.02 «Педиатрия» соответствуют требованиям ФГОС ВО и ГОСТ Р 7.0.100-2018.

Согласовано:

Директор библиотеки Кириллова В.А.

Лист согласования

Выдан кафедре акушерства и гинекологии № 2 в том, что списки рекомендованной литературы в рабочей программе дисциплины: «клинической практики (помощник врача стационара терапевтического, хирургического и акушерско-гинекологического профиля)» для специальности 31.05.02 Педиатрия соответствует требованиям ФГОС 3+ ВО и ГОСТ Р 7.0.100-2018.

Директор библиотеки Кириллова В.А.

«___15___» _____04_____ 2021 г.

РЕЦЕНЗИЯ НА РАБОЧУЮ ПРОГРАММУ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ
(помощник врача стационара терапевтического, хирургического и акушерско-гинекологического профиля)

Направление подготовки по специальности 31.05.02 – педиатрия
Кафедры: факультетская терапия, факультетская хирургия, акушерства и гинекологии №2
Разработчики программы:
доцент кафедры факультетской терапии, к.м.н. Дробышева Е. С.,
доцент кафедры факультетской терапии, к.м.н. Овсянников Е.С.,
зав. кафедрой факультетской хирургии, профессор, д.м.н. Чередников Е.Ф.,
доцент кафедры факультетской хирургии, к.м.н. Полубкова Г.В.,
доцент кафедры факультетской хирургии, к.м.н. Деряева О.Г.
доцент кафедры акушерства и гинекологии №2, к.м.н. Хатунцев А. В.,
доцент кафедры акушерства и гинекологии №2, к.м.н. Шамарин С. В.

1. Соответствие рабочей программы требованиям ФГОС ВО

1.1. Соответствие названия практики требованиям ФГОС ВО и учебному плану по специальности 31.05.02 – педиатрия.

Название практики полностью соответствует требованиям ФГОС ВО и учебному плану по специальности 31.05.02 – педиатрия: «Рабочая программа клинической практики (помощник врача стационара терапевтического, хирургического и акушерско-гинекологического профиля)»

1.2. Соответствие трудоемкости клинической практики в часах и зачетных единицах требованиям ФГОС ВО

Трудоёмкость клинической практики составляет 252 часа/7 ЗЕТ, что соответствует трудоемкости практики по учебному плану.

1.3. Соответствие основной литературы

Указанная основная и дополнительная литература по разделам «Терапия», «Хирургия» и «Акушерство» издана не позднее 2010 года, что соответствует требованиям ФГОС ВО.

1.4. Соответствие содержания рабочей программы требованиям ФГОС ВО

Рабочая программа содержит все необходимые разделы, в них отражены цель и задачи практики, четко сформулированы требования к уровню освоения практики, и средства их оценивания. Отражены структура и содержание клинической практики, представлен достаточный перечень практических умений, необходимых для дальнейшей практической деятельности.

2. Наличие перечня практических навыков

Перечень практических навыков соответствует требованиям ФГОС ВО

3. Предложения по улучшению программы (нет)

4. Заключение о возможности использования рабочей программы в учебном процессе

Представленная рабочая программа клинической практики (помощник врача стационара терапевтического, хирургического и акушерско-гинекологического профиля) составлена в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.02 «педиатрия», с учетом профессионального стандарта «Врач-педиатр участковый» и может быть использована для реализации программы специалитета 31.05.02 – «педиатрия».

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

12.04.2021г.
дата

подпись

РЕЦЕНЗИЯ НА РАБОЧУЮ ПРОГРАММУ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

(помощник врача терапевтического, хирургического и акушерско-гинекологического профиля)

Направление подготовки по специальности 31.05.02 – педиатрия
Кафедры: факультетская терапия, факультетская хирургия, акушерства и гинекологии №2
Разработчики программы:
доцент кафедры факультетской терапии, к.м.н. Дробышева Е. С.,
доцент кафедры факультетской терапии, к.м.н. Овсянников Е.С.,
зав. кафедрой факультетской хирургии, профессор, д.м.н. Чередников Е.Ф.,
доцент кафедры факультетской хирургии, к.м.н. Полубкова Г.В.,
доцент кафедры факультетской хирургии, к.м.н. Деряева О.Г.
доцент кафедры акушерства и гинекологии №2, к.м.н. Хатунцев А. В.,
доцент кафедры акушерства и гинекологии №2, к.м.н. Шамарин С. В.,
ассистент кафедры акушерства и гинекологии №2, к.м.н. Киселёва Е. В.

1. Соответствие рабочей программы требованиям ФГОС ВО

1.1. Соответствие названия практики требованиям ФГОС ВО и учебному плану по специальности 31.05.02 – педиатрия.

Название практики полностью соответствует требованиям ФГОС ВО и учебному плану по специальности 31.05.02 – педиатрия: «Рабочая программа клинической практики (помощник врача стационара терапевтического, хирургического и акушерско-гинекологического профиля)»

1.2. Соответствие трудоемкости клинической практики в часах и зачетных единицах требованиям ФГОС ВО

Трудоёмкость клинической практики составляет 252 часа/7 ЗЕТ, что соответствует трудоемкости практики по учебному плану.

1.3. Соответствие основной литературы

Указанная основная и дополнительная литература по разделам «Терапия», «Хирургия» и «Акушерство» издана не позднее 2010 года, что соответствует требованиям ФГОС ВО.

1.4. Соответствие содержания рабочей программы требованиям ФГОС ВО

Рабочая программа содержит все необходимые разделы, в них отражены цель и задачи практики, четко сформулированы требования к уровню освоения практики, и средства их оценивания. Отражены структура и содержание клинической практики, представлен достаточный перечень практических умений, необходимых для дальнейшей практической деятельности.

2. Наличие перечня практических навыков

Перечень практических навыков соответствует требованиям ФГОС ВО

3. Предложения по улучшению программы (нет)

4. Заключение о возможности использования рабочей программы в учебном процессе

Представленная рабочая программа клинической практики (помощник врача стационара терапевтического, хирургического и акушерско-гинекологического профиля) составлена в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.02 «педиатрия», с учетом профессионального стандарта «Врач-педиатр участковый» и может быть использована для реализации программы специалитета 31.05.02 – «педиатрия».

Рецензент – зав. кафедрой поликлинической терапии, д.м.н. профессор Зуйкова А. А.

12.04.2021
дата

подпись

РЕЦЕНЗИЯ НА РАБОЧУЮ ПРОГРАММУ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ
(помощник врача стационара терапевтического, хирургического и акушерско-гинекологического профиля)

Направление подготовки по специальности 31.05.02 – педиатрия
Кафедры: факультетская терапия, факультетская хирургия, акушерства и гинекологии №2
Разработчики программы:
доцент кафедры факультетской терапии, к.м.н. Дробышева Е. С.,
доцент кафедры факультетской терапии Овсянников Е.С.,
зав. кафедрой факультетской хирургии, профессор, д.м.н. Чередников Е.Ф.,
доцент кафедры факультетской хирургии, к.м.н. Полубкова Г.В.,
доцент кафедры факультетской хирургии, к.м.н. Деряева О.Г.
доцент кафедры акушерства и гинекологии №2, к.м.н. Хатунцев А. В.,
доцент кафедры акушерства и гинекологии №2, к.м.н. Шамарин С. В.,

1. Соответствие рабочей программы требованиям ФГОС ВО

1.1. Соответствие названия практики требованиям ФГОС ВО и учебному плану по специальности 31.05.02 – педиатрия.

Название практики полностью соответствует требованиям ФГОС ВО и учебному плану по специальности 31.05.02 – педиатрия: «Рабочая программа клинической практики (помощник врача стационара терапевтического, хирургического и акушерско-гинекологического профиля)»

1.2. Соответствие трудоемкости клинической практики в часах и зачетных единицах требованиям ФГОС ВО

Трудоёмкость клинической практики составляет 252 часа/7 ЗЕТ, что соответствует трудоемкости практики по учебному плану.

1.3. Соответствие основной литературы

Указанная основная и дополнительная литература по разделам «Терапия», «Хирургия» и «Акушерство» издана не позднее 2008 года, что соответствует требованиям ФГОС ВО.

1.4. Соответствие содержания рабочей программы требованиям ФГОС ВО

Рабочая программа содержит все необходимые разделы, в них отражены цель и задачи практики, четко сформулированы требования к уровню освоения практики, и средства их оценивания. Отражены структура и содержание клинической практики, представлен достаточный перечень практических умений, необходимых для дальнейшей практической деятельности.

2. Наличие перечня практических навыков

Перечень практических навыков соответствует требованиям ФГОС ВО

3. Предложения по улучшению программы (нет)

4. Заключение о возможности использования рабочей программы в учебном процессе

Представленная рабочая программа клинической практики (помощник врача стационара терапевтического, хирургического и акушерско-гинекологического профиля) составлена в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.02 «педиатрия», с учетом профессионального стандарта «Врач-педиатр участковый» и может быть использована для реализации программы специалитета 31.05.02 – «педиатрия».

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

12.04.2021
дата

подпись

РЕЦЕНЗИЯ НА РАБОЧУЮ ПРОГРАММУ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ
(помощник врача стационара терапевтического, хирургического и акушерско-гинекологического профиля)

Направление подготовки по специальности 31.05.02 – педиатрия
Кафедры: факультетская терапия, факультетская хирургия, акушерства и гинекологии №2
Разработчики программы:
доцент кафедры факультетской терапии, к.м.н. Дробышева Е. С.,
доцент кафедры факультетской терапии Овсянников Е.С.,
зав. кафедрой факультетской хирургии, профессор, д.м.н. Чередников Е.Ф.,
доцент кафедры факультетской хирургии, к.м.н. Полубкова Г.В.,
доцент кафедры факультетской хирургии, к.м.н. Деряева О.Г.
доцент кафедры акушерства и гинекологии №2, к.м.н. Хатунцев А. В.,
доцент кафедры акушерства и гинекологии №2, к.м.н. Шамарин С. В.,

1. Соответствие рабочей программы требованиям ФГОС ВО

1.1. Соответствие названия практики требованиям ФГОС ВО и учебному плану по специальности 31.05.02 – педиатрия.

Название практики полностью соответствует требованиям ФГОС ВО и учебному плану по специальности 31.05.02 – педиатрия: «Рабочая программа клинической практики (помощник врача стационара терапевтического, хирургического и акушерско-гинекологического профиля)»

1.2. Соответствие трудоемкости клинической практики в часах и зачетных единицах требованиям ФГОС ВО

Трудоёмкость клинической практики составляет 252 часа/7 ЗЕТ, что соответствует трудоемкости практики по учебному плану.

1.3. Соответствие основной литературы

Указанная основная и дополнительная литература по разделам «Терапия», «Хирургия» и «Акушерство» издана не позднее 2008 года, что соответствует требованиям ФГОС ВО.

1.4. Соответствие содержания рабочей программы требованиям ФГОС ВО

Рабочая программа содержит все необходимые разделы, в них отражены цель и задачи практики, четко сформулированы требования к уровню освоения практики, и средства их оценивания. Отражены структура и содержание клинической практики, представлен достаточный перечень практических умений, необходимых для дальнейшей практической деятельности.

2. Наличие перечня практических навыков

Перечень практических навыков соответствует требованиям ФГОС ВО

3. Предложения по улучшению программы (нет)

4. Заключение о возможности использования рабочей программы в учебном процессе

Представленная рабочая программа клинической практики (помощник врача стационара терапевтического, хирургического и акушерско-гинекологического профиля) составлена в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.02 «педиатрия», с учетом профессионального стандарта «Врач-педиатр участковый» и может быть использована для реализации программы специалитета 31.05.02 – «педиатрия».

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

12.04.2021
дата

Коротких
подпись