

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Кемеровский государственный медицинский университет» Министерство
здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России)



УТВЕРЖДАЮ:

Проректор по учебной работе
к.б.н., доцент Большаков В.В.
«17» декабрь 2024 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Государственная итоговая аттестация

Специальность 31.05.01 «Лечебное дело»

Направленность (профиль) Врачебная практика в области лечебного дела

Квалификация выпускника: врач-лечебник

Форма обучения

Очная

Нормативный срок освоения ООП

6 лет

Утверждено на Ученом совете
лечебного факультета
Протокол № 5 от «26» декабря 2024 г

Кемерово, 2024

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

№	комп етенц ия	Код	Код	Текст условия или вопроса задания/ правильного ответа и вариантов дистракторов	отв	Дисциплина
1	УК-1	В		ГЛУБОКУЮ МЕТОДИЧЕСКУЮ СКОЛЬЗЯЩУЮ ПАЛЬПАЦИЮ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРЕДЛОЖИЛ	А	История медицины
		О	А	Образцов В.П.		
		О	Б	Стражеско Н.Д.		
		О	В	Остроумов А.А.		
		О	Г	Соколов Н.И.		
2	УК-1	В		ВОПРОСЫ ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ХИРУРГИИ В РОССИИ В XIX ВЕКЕ РАЗРАБАТЫВАЛ	В	История медицины
		О	А	Иноземцев Ф.И.		
		О	Б	Буяльский И.В.		
		О	В	Пирогов Н.И.		
		О	Г	Буш И.Ф.		
3	УК-1	В		ПЕРВЫМ РУССКИМ ПРОФЕССОРОМ МОСКОВСКОГО УНИВЕРСИТЕТА БЫЛ	В	История медицины
		О	А	Мудров М.Я.		
		О	Б	Протасов А.П.		
		О	В	Забелин С.Г.		
		О	Г	Дядьковский И.Е.		
4	УК-1	В		ПРИЧИНУ ИНФЕКЦИОННОЙ ЖЕЛТУХИ ИССЛЕДОВАЛ	Б	История медицины
		О	А	Пирогов Н.И.		
		О	Б	Боткин С.П.		
		О	В	Захарьин Г.А.		
		О	Г	Образцов В.П.		

5	УК-1	В		СОЗДАТЕЛЬ УЧЕНИЯ О ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ -	Б	История медицины
		О	А	Сеченов И.М.		
		О	Б	Павлов И.П.		
		О	В	Бернар К.		
		О	Г	Филомафитский А.М.		
6	УК-1	В		ОСНОВОПОЛОЖНИК НАУЧНОЙ МИКРОБИОЛОГИИ И ИММУНОЛОГИИ	А	История медицины
		О	А	Пастер Л.		
		О	Б	Кох Р.		
		О	В	Мечников И.И.		
		О	Г	Дженнер Э.		
7	УК-1	В		ВПЕРВЫЕ ЭФИРНЫЙ НАРКОЗ НА ПОЛЕ СРАЖЕНИЯ ПРИМЕНИЛ	В	История медицины
		О	А	Буяльский И.В.		
		О	Б	Буш И.Ф.		
		О	В	Пирогов Н.И.		
		О	Г	Склифосовский Н.В.		
8	УК-1	В		ВРАЧ, ОПИСАВШИЙ ЗОНЫ РАССТРОЙСТВА КОЖНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ	Г	История медицины
		О	А	Боткин С.С.		
		О	Б	Образцов В.П.		
		О	В	Остроумов А.А.		
		О	Г	Захарьин Г.А.		
9	УК-1	В		ПЕРВЫЙ РОССИЙСКИЙ ЛАУРЕАТ НОБЕЛЕВСКОЙ ПРЕМИИ В	А	История медицины

				ОБЛАСТИ МЕДИЦИНЫ И ФИЗИОЛОГИИ		
		О	А	Павлов И.П.		
		О	Б	Сеченов И.М.		
		О	В	Мечников И.И.		
		О	Г	Басов Н.Г.		
10	УК-1	В		ОСНОВОПОЛОЖНИКОМ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ В РОССИИ СЧИТАЮТ	Г	История медицины
		О	А	Лунина Н.И.		
		О	Б	Мухина Е.О.		
		О	В	Мечникова И.И.		
		О	Г	Ермольеву З.В.		
11	УК-1	В		ОСОБЕННОСТЬЮ ПЕРВОБЫТНОГО ВРАЧЕВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ	А	История медицины
		О	А	накопление и обобщение эмпирических знаний		
		О	Б	интернациональный характер врачевания		
		О	В	выделение хирургии в самостоятельную область		
		О	Г	появление медицинских текстов		
12	УК-1	В		«ОТЦОМ МЕДИЦИНЫ» В ДРЕВНЕЙ ГРЕЦИИ НАЗЫВАЛИ	Б	История медицины
		О	А	Эмпедокла из Акраганта		
		О	Б	Гиппократы II Великого		
		О	В	Эврифона из Книда		
		О	Г	Праксагора		
13	УК-1	В		ФИЛОСОФСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ, ОКАЗАВШЕЕ ОПРЕДЕЛЯЮЩЕЕ ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ	Б	История медицины

				МЕДИЦИНЫ В СРЕДНЕВЕКОВОЙ ЕВРОПЕ		
		О	А	агностицизм		
		О	Б	схоластика		
		О	В	идеализм		
		О	Г	материализм		
14	УК-1	В		ПЕРВЫМ В МИРЕ ВРАЧОМ-КОСМОНАВТОМ БЫЛ	В	История медицины
		О	А	А. Л. Мясников		
		О	Б	Е. А. Леонов		
		О	В	Б. Б. Егоров		
		О	Г	Д. Амстронг		
15	УК-2	В		ВИД ИНФОРМАЦИОННО-СПРАВОЧНОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ, ЯВЛЯЮЩЕЙСЯ СПОСОБОМ ОПЕРАТИВНОГО ИНФОРМАЦИОННОГО ОБМЕНА МЕЖДУ ОРГАНИЗАЦИЯМИ, НАЗЫВАЕТСЯ:	В	Общественное здоровье, организация и экономика здравоохранения
		О	А	документацией для служебного пользования		
		О	Б	статистической отчетностью		
		О	В	перепиской		
		О	Г	документами для служебного пользования		
16	УК-2	В		ДЕЛОПРОИЗВОДСТВО – ЭТО:	А	Общественное здоровье, организация и экономика здравоохранения
		О	А	деятельность по документированию, документообороту, оперативному хранению и использованию документов		
		О	Б	процедура создания, тиражирования		

				и регистрации входящей и исходящей документации организации		
		О	В	непосредственное создание официальных документов на предприятии		
		О	Г	деятельность по приему, сортировке и отправке документов		
17	УК-2	В		СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, ЦЕЛЮ КОТОРОГО ВЫСТУПАЕТ ПРИРАЩЕНИЕ НАУЧНО-ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ЗНАНИЯ, НАЗЫВАЮТ	Г	Социология
		О	А	аналитическим		
		О	Б	пилотажным		
		О	В	прикладным		
		О	Г	фундаментальным		
18	УК-2	В		СИСТЕМА ОПЕРАЦИЙ, ПРЕДПИСАНИЙ С УКАЗАНИЕМ ПРОЦЕДУР ИХ ПРИМЕНЕНИЯ В СОЦИОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ, НАЗЫВАЕТСЯ	В	Социология
		О	А	валидностью		
		О	Б	методом		
		О	В	методикой		
		О	Г	репрезентативностью		
19	УК-2	В		ВЫЯВЛЕНИЕ ХАРАКТЕРА МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ В МАЛЫХ СОЦИАЛЬНЫХ ГРУППАХ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ, КАК ПРАВИЛО, С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА	В	Социология
		О	А	анкетного опроса		
		О	Б	интервью		
		О	В	социометрического опроса		

		О	Г	экспертного опроса		
20	УК-2	В		ВОПРОС СОЦИОЛОГИЧЕСКОЙ АНКЕТЫ, НА КОТОРЫЙ РЕСПОНДЕНТ ДОЛЖЕН САМОСТОЯТЕЛЬНО СФОРМУЛИРОВАТЬ СОДЕРЖАНИЕ СВОЕГО ОТВЕТА, НАЗЫВАЕТСЯ	А	Социология
		О	А	открытым		
		О	Б	контактным		
		О	В	простым		
		О	Г	закрытым		
21	УК-2	В		ЕСЛИ СТАТИСТИЧЕСКОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПОДЧИНЯЕТСЯ НОРМАЛЬНОМУ ЗАКОНУ, ТО	В	Физика, математика
		О	А	мода больше выборочной средней		
		О	Б	мода больше медианы, но меньше выборочной средней		
		О	В	мода, медиана и выборочная средняя совпадают		
		О	Г	выборочная средняя больше моды, но меньше медианы		
22	УК-2	В		ПРИ УРОВНЕ ЗНАЧИМОСТИ 0,05 ДОВЕРИТЕЛЬНАЯ ВЕРОЯТНОСТЬ РАВНА	В	Физика, математика
		О	А	0,99		
		О	Б	0,995		
		О	В	0,95		
		О	Г	0,05		
23	УК-3	В		ИЗМЕНЕНИЕ ПОВЕДЕНИЯ ИЛИ УБЕЖДЕНИЙ ПОД ВЛИЯНИЕМ РЕАЛЬНОГО ИЛИ ВОООБРАЖАЕМОГО ДАВЛЕНИЯ ГРУППЫ – ЭТО	Б	Психология и педагогика

		О	А	социальная фасилитация		
		О	Б	конформизм		
		О	В	идиосинкразический кредит		
		О	Г	социальная ингибция		
23	УК-3	В		ПОВЫШЕНИЕ СКОРОСТИ ИЛИ ПРОДУКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИНДИВИДА ВСЛЕДСТВИЕ АКТУАЛИЗАЦИИ В ЕГО СОЗНАНИИ ОБРАЗА ДРУГОГО ЧЕЛОВЕКА (ИЛИ ГРУППЫ ЛЮДЕЙ), ВЫСТУПАЮЩЕГО В КАЧЕСТВЕ СОПЕРНИКА ИЛИ НАБЛЮДАТЕЛЯ, ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК:	Б	Психология и педагогика
		О	А	конформизм		
		О	Б	социальная фасилитация		
		О	В	социальная ингибция		
		О	Г	идиосинкразический кредит		
24	УК-3	В		В УСЛОВИЯХ, БЛИЗКИХ К ЭКСТРЕМАЛЬНЫМ, ЭФФЕКТИВЕН СТИЛЬ РУКОВОДСТВА:	А	Социология
		О	А	авторитарный		
		О	Б	демократический		
		О	В	либеральный		
		О	Г	любой из перечисленных		
25	УК-4	В		КОММУНИКАЦИЯ – ЭТО	А	Психология и педагогика
		О	А	взаимодействие людей, имеющих общие или взаимозаменяющие интересы, либо потребности		
		О	Б	зрительно воспринимаемые движения другого человека, выполняемые выразительно-регулятивную функцию		
		О	В	пробуждение интереса собеседника		
		О	Г	способность донести до собеседника значимые логические доводы		

26	УК-4	B		ANIMAL DANDER, DUST, POLLEN AS WELL AS MOLDS APPEAR TO BE THE MOST COMMON ALLERGENS. THESE SUBSTANCES ARE LIKELY TO PROVOKE AN ATTACK OF ASTHMA IN AN INDIVIDUAL MORE OFTEN. A PREDISPOSITION TO ASTHMA IS INHERITED, ALTHOUGH THE SPECIFIC ALLERGENS VARY FROM ONE INDIVIDUAL IN A FAMILY TO ANOTHER, EMOTIONS AND STRESS ALSO PLAYING A ROLE. THE TEXT ABOVE DEALS WITH	Г	Иностранный язык
		O	A	cardiovascular system		
		O	Б	endocrine system		
		O	B	alimentary system		
		O	Г	respiratory system		
27	УК-4	B		THE SYMPTOMS VARY ACCORDING TO THE SEVERITY OF THE VIOLENCE, AND TO WHETHER ONLY THE HIGHER CENTERS ARE AFFECTED OR THE LOWER MEDULLARY CENTERS ALSO INVOLVED. IN MILD CASES THE PATIENT FEELS GIDDY, DAZED AND SICK FOR A FEW SECONDS AND MAY FALL TO THE GROUND. HERE ONLY THE HIGHER CENTERS ARE AFFECTED. IN A MORE SEVERE CASE, WHERE THE MEDULLARY CENTERS ARE ALSO INVOLVED, HE FALLS TO THE GROUND COMPLETELY UNCONSCIOUS; HE LIES COMPLETELY COMATOSE WITH HIS MUSCLES RELAXED, HIS EYES CLOSED, AND THE CONJUNCTIVE INSENSITIVE; HIS PUPILS MAY BE CONTRACTED AND REACT TO THE LIGHT, OR IN SEVERE CASES WILL BE DILATED AND MOTIONLESS. THE TEXT ABOVE DEALS WITH	Б	Иностранный язык
		O	A	excretory system		
		O	Б	nervous system		
		O	B	skeletal system		

		O	Г	cardiovascular system		
28	УК-4	B		OTHER NUTRIENTS THAT SEEM TO EXERT AN INFLUENCE ON BLOOD PRESSURE INCLUDE POTASSIUM AND CALCIUM. PHYSICIANS RECOMMEND INCLUDING ADDITIONAL AMOUNTS OF POTASSIUM-RICH FOODS IN THE DIET BECAUSE OF POTASSIUM'S POSSIBLE PROTECTIVE EFFECT AGAINST HYPERTENSION. THE ROLE OF CALCIUM IS LESS CLEAR AND HAS TO BE INVESTIGATED. THE TEXT ABOVE DEALS WITH	Б	Иностранный язык
		O	A	respiratory system		
		O	Б	cardiovascular system		
		O	B	nervous system		
		O	Г	endocrine system		
29	УК-4	B		THE GROWTH RATE OF ACOUSTIC NEUROMAS VARIES GREATLY FROM PERSON TO PERSON, AND FROM TUMOR TO TUMOR. ON AVERAGE, THEY GROW ABOUT 2-3 MM PER YEAR, BUT IT IS DIFFICULT TO PREDICT HOW ANY ONE TUMOR IN ANY ONE PERSON WILL BEHAVE. THIS CAN SOMETIMES MAKE THE DECISION TO PROCEED WITH TREATMENT DIFFICULT FOR A PATIENT WHO CURRENTLY HAS FEW SYMPTOMS AND FEELS WELL, BUT FACES THE POSSIBILITY OF SIGNIFICANT RISKS FROM SURGERY. THE TEXT ABOVE DEALS WITH	Б	Иностранный язык
		O	A	respiratory system		
		O	Б	nervous system		
		O	B	digestive system		
		O	Г	cardiovascular system		
30	УК-4	B		IT MUST BE REMEMBERED THAT AFTER ANY BLOW ON THE HEAD	Б	Иностранный язык

				CONCUSSION TO A GREATER OR LESSER DEGREE MAY FOLLOW AS THE IMMEDIATE RESULT, AND THIS IS SO EQUALLY WHETHER THE SKULL IS FRACTURED OR NOT, AND WHETHER THE BRAIN IS GRAVELY DAMAGED OR NOT, BUT THE ONLY CASES WHICH CAN BE ACCEPTED AS PURE AND UNCOMPLICATED CONCUSSION ARE THOSE IN WHICH THERE IS NO GROSS DAMAGE TO THE BRAIN AND WHERE THE PATHOLOGICAL CHANGES ARE AT MOST CONFINED TO THE MINUTE HAEMORRHAGES. THE TEXT ABOVE DEALS WITH		
		O	A	cardiovascular system		
		O	Б	skeletal system		
		O	B	nervous system		
		O	Г	respiratory system		
31	УК-4	B		THE ONSET OF BACTERIAL PNEUMONIA CAN VARY FROM GRADUAL TO SUDDEN. IN THE MOST SEVERE CASES, THE PATIENT MAY EXPERIENCE SHAKING CHILLS, CHATTERING TEETH, SEVERE CHEST PAIN, AND A COUGH THAT PRODUCES RUST-COLORED OR GREENISH MUCUS. A PERSON'S TEMPERATURE MAY RISE AS HIGH AS 105 DEGREES F. THE PATIENT SWEATS PROFUSELY, AND BREATHING AND PULSE RATE INCREASE RAPIDLY. LIPS AND NAILBEDS MAY HAVE A BLuish COLOR DUE TO LACK OF OXYGEN IN THE BLOOD. THE TEXT ABOVE DEALS WITH	Б	Иностранный язык
		O	A	cardiovascular system		
		O	Б	respiratory system		
		O	B	excretory system		
		O	Г	nervous system		

32	УК-4	B		MUSCLE WEAKNESS AND ATROPHY AFFECT THE TRUNK AND FOREARMS AND GRADUALLY PROGRESS TO INVOLVE MOST MAJOR MUSCLES OF THE BODY. IN INDIVIDUALS WITH THE DISORDER, INITIAL FINDINGS MAY INCLUDE AN UNUSUAL, WADDLING MANNER OF WALKING (GAIT); DIFFICULTY CLIMBING STAIRS OR RISING FROM A SITTING POSITION; AND REPEATED FALLING. WITH DISEASE PROGRESSION, ADDITIONAL ABNORMALITIES MAY DEVELOP, SUCH AS PROGRESSIVE CURVATURE OF THE SPINE; WASTING OF THIGH MUSCLES AND ABNORMAL ENLARGEMENT OF THE CALVES THE TEXT ABOVE DEALS WITH	B	Иностранный язык
		O	A	cardiovascular system		
		O	B	excretory system		
		O	B	skeletal system		
		O	Г	respiratory system		
33	УК-4	B		IN SOME CASES, DRUGS MAY BE PRESCRIBED TO TREAT SPECIFIC CARDIAC SYMPTOMS, SUCH AS ARRHYTHMIAS OR HEART FAILURE. REST TO REDUCE THE HEART'S WORKLOAD IS ESSENTIAL, AS IS AVOIDING ALCOHOL AND OTHER SUBSTANCES THAT MAY BE TOXIC OR IRRITATING TO THE HEART. THE TEXT ABOVE DEALS WITH	B	Иностранный язык
		O	A	endocrine system		
		O	B	alimentary system		
		O	B	cardiovascular system		
		O	Г	respiratory system		
34	УК-4	B		STUDIES HAVE SHOWN THAT BRAIN CHEMICALS (NEUROTRANSMITTERS) PLAY A MEDIATING ROLE IN THE	Г	Иностранный язык

				DEVELOPMENT OF DEPRESSION. WHEN THE FUNCTIONING OF BRAIN CHEMICALS IS DISTURBED, DEPRESSION CAN OCCUR. SEVERAL DIFFERENT NEUROTRANSMITTER SYSTEMS MAY BE INVOLVED BUT THE TWO THAT HAVE BEEN MORE FREQUENTLY IMPLICATED ARE SEROTONIN AND NOREPINEPHRINE. THE TEXT ABOVE DEALS WITH		
		О	А	respiratory system		
		О	Б	alimentary system		
		О	В	endocrine system		
		О	Г	nervous system		
35	УК-5	В		ОСОБЕННОСТЬЮ ЗАУПОКОЙНОГО КУЛЬТА ДРЕВНЕГО ЕГИПТА ЯВЛЯЛОСЬ	А	Культурология
		О	А	бальзамирование умерших		
		О	Б	мацерация умерших		
		О	В	кремация умерших		
		О	Г	традиционное захоронение		
36	УК-5	В		ОСНОВОПОЛОЖНИКОМ НАУЧНОЙ АНАТОМИИ ПРИНЯТО СЧИТАТЬ	Б	История медицины
		О	А	Николаса Ван Тюльпа		
		О	Б	Андреаса Везалия		
		О	В	Фредерика Рюйша		
		О	Г	Н. И. Пирогова		
37	УК-5	В		ДЛЯ РУССКОГО КУЛЬТУРНОГО АРХЕТИПА ХАРАКТЕРНЫ	В	Культурология
		О	А	энергичность и экспрессивность		
		О	Б	жажда власти, уход в мир вещей		
		О	В	«соборность» и терпеливость		
		О	Г	жестокость и озлобленность		
38	УК-5	В		КАКАЯ РЕЛИГИЯ ИЗ	А	Культурология

				ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ САМОЙ МОЛОДОЙ		
		О	А	ислам		
		О	Б	индуизм		
		О	В	зороастризм		
		О	Г	христианство		
39	УК-6	В		КАКОЕ ИЗ ОПИСАННЫХ ЯВЛЕНИЙ ОТНОСИТСЯ К НЕОСОЗНАВАЕМЫМ РЕАКЦИЯМ СОПРОВОЖДАЮЩИМ СОЗНАТЕЛЬНЫЕ ДЕЙСТВИЯ:	В	Психология и педагогика
		О	А	человек, который смотрит на другого, порезавшего палец, строит горестную гримасу, сопереживая ему, и совершенно этого не замечет		
		О	Б	если вы сидите в тёмной комнате и со страхом ждёте чего-то угрожающего, то и в самом деле начинают слышаться шаги и подозрительные шорохи		
		О	В	выключатель перенесли на другую стену, а рука по-прежнему тянется к прежнему его месту		
		О	Г	И.Ньютон открыл закон всемирного тяготения когда ему на голову свалилось яблоко д) когда девушке говорили комплимент, она вся заливалась краской		
40	УК-6	В		ПОНЯТИЕ «СИЛА НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ» ОЗНАЧАЕТ:	В	Психология и педагогика
		О	А	свойство нервной системы, характеризующееся преобладанием процессов возбуждения над процессами торможения		
		О	Б	свойство нервной системы, характеризующееся преобладанием процессов торможения над процессами возбуждения		
		О	В	свойство нервной системы, определяющее работоспособность клеток коры, их выносливость		
		О	Г	свойство нервной системы, определяющее скорость, с которой происходит смена одного нервного процесса другим		

41	УК-6	В		КОГДА ОДИН ЧЕЛОВЕК ИСПЫТЫВАЕТ К ДРУГОМУ ПРОТИВОРЕЧИВЫЕ ЧУВСТВА, КАК НАЗЫВАЕТСЯ ЭТО СВОЙСТВО ЧУВСТВ?	А	Психология и педагогика
		О	А	амбивалентность		
		О	Б	прямолинейность		
		О	В	опосредованность		
		О	Г	абстрактность		
42	УК-6	В		К ВЫСШИМ ПСИХИЧЕСКИМ ФУНКЦИЯМ ОТНОСИТСЯ	Б	Психология и педагогика
		О	А	эмоция		
		О	Б	восприятие		
		О	В	мотивации		
		О	Г	ощущение		
43	УК-6	В		ВНИМАНИЕ – ЭТО	В	Психология и педагогика
		О	А	процесс отражения отдельного свойства предметов и явлений объективного мира при их непосредственном воздействии на органы чувств		
		О	Б	процесс отражения предмета или явления в целом, в совокупности его свойств и частей		
		О	В	направленность и сосредоточенность сознания человека на определенных объектах при одновременном отвлечении от других		
		О	Г	<i>процесс фиксации, сохранения и воспроизведения информации</i>		
44	УК-6	В		УСЛОВИЯМИ УСПЕШНОГО ПРОИЗВОЛЬНОГО ЗАПОМИНАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:	А	Психология и педагогика
		О	А	эмоционально-эстетическая насыщенность материала		
		О	Б	возможность использования данного материала в профессиональной деятельности субъекта		
		О	В	представление материала в виде схемы, таблицы, диаграммы, чертежа		

		О	Г	представление материала в виде образов		
45	УК-7	В		К ПОКАЗАТЕЛЯМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ЧЕЛОВЕКА, ОТНОСЯТСЯ:	В	Физическая культура и спорт
		О	А	нормативы и требования государственных программ		
		О	Б	показатели телосложения		
		О	В	показатели телосложения, здоровья и развития физических качеств		
		О	Г	показатели здоровья		
46	УК-7	В		КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВИДОВ СПОРТА СЧИТАЕТСЯ ЦИКЛИЧЕСКИМ:	Г	Физическая культура и спорт
		О	А	гимнастика		
		О	Б	волейбол		
		О	В	бокс		
		О	Г	лыжные гонки		
47	УК-7	В		НАЗОВИТЕ БАЗОВЫЕ УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ РАЗВИТИЯ МЫШЦ РУК И ПЛЕЧЕВОГО ПОЯСА:	В	Физическая культура и спорт
		О	А	повороты и наклоны туловища		
		О	Б	поднимание ног и таза лежа на спине		
		О	В	отжимание		
		О	Г	бег		
48	УК-7	В		КАКИЕ ПРИЕМЫ ЛУЧШЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ РАССЛАБЛЕНИЯ МЫШЦ?	Г	Физическая культура и спорт
		О	А	удары по напряжённой мышце		
		О	Б	произвольное расслабление отдельных мышц		
		О	В	растягивание		
		О	Г	расслабление после произвольного		

				напряжения		
49	УК-8	В		ПЕРВАЯ ФАЗА ДИНАМИКИ РАБОТОСПОСОБНОСТИ	В	Безопасность жизнедеятельности
		О	А	высокой работоспособности		
		О	Б	утомление		
		О	В	вработывания		
		О	Г	средней работоспособности		
50	УК-8	В		ОПАСНОСТЬ, ОТНОСЯЩАЯСЯ К ТЕХНОГЕННОЙ	Б	Безопасность жизнедеятельности
		О	А	наводнение		
		О	Б	производственные аварии в больших масштабах		
		О	В	загрязнение воздуха автомобильным транспортом		
		О	Г	цунами		
51	УК-8	В		ЦЕЛЬ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ТРЕНИРОВКИ	В	Безопасность жизнедеятельности
		О	А	выздоровление, способность выполнять повседневную работу		
		О	Б	достижение высоких результатов в спорте		
		О	В	увеличение продолжительности жизни и уменьшение риска нарушения здоровья		
		О	Г	улучшение телосложени		
52	УК-8	В		ДОЗА ПРОНИКАЮЩЕЙ РАДИАЦИИ В МЕЖДУНАРОДНОЙ СИСТЕМЕ ЕДИНИЦ СИ ИЗМЕРЯЕТСЯ В	В	Медицина катастроф
		О	А	радах		
		О	Б	бэрах		
		О	В	греях		
		О	Г	рентгенах		

53	УК-8	В		МАКСИМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ В ОБЫЧНЫХ УСЛОВИЯХ СОСТАВЛЯЕТ	Б	Медицина катастроф
		О	А	10-15 мин		
		О	Б	5-6 мин		
		О	В	2-3 мин		
		О	Г	1-2 мин		
54	УК-9	55		ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ У ДЕВОЧКИ ПОЛНОСТЬЮ ИСКЛЮЧАЕТСЯ СИНДРОМ	В	Психология и педагогика
		О	А	Дауна		
		О	Б	Вильямса		
		О	В	Клайнфельтера		
		О	Г	Шерешевского-Тернера		
55	УК-9	В		ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ У ДЕВОЧКИ ПОЛНОСТЬЮ ИСКЛЮЧАЕТСЯ СИНДРОМ	Г	Психология и педагогика
		О	А	Дауна		
		О	Б	Вильямса		
		О	В	Клайнфельтера		
		О	Г	Шерешевского-Тернера		
56	УК-9	В		К ВЫСШИМ ПСИХИЧЕСКИМ ФУНКЦИЯМ ОТНОСИТСЯ	Б	Психология и педагогика
		О	А	эмоция		
		О	Б	восприятие		
		О	В	мотивации		
		О	Г	ощущение		

57	УК-9	В		В СООТВЕТСТВИИ С МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИЕЙ БОЛЕЗНЕЙ МКБ-10 (МКБ-11) УМСТВЕННУЮ ОТСТАЛОСТЬ (РАССТРОЙСТВА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ) РАЗДЕЛЯЮТ НА	Б	Психология и педагогика
		О	А	три степени тяжести		
		О	Б	четыре степени тяжести		
		О	В	пять степеней тяжести		
		О	Г	две степени тяжести		
58	УК-9	В		ПРИ НОРМАЛЬНОМ РЕЧЕВОМ РАЗВИТИИ ФРАЗОВАЯ РЕЧЬ У РЕБЁНКА ПОВЛЯЕТСЯ ВОЗРАСТЕ	В	Психология и педагогика
		О	А	10-12 месяцев		
		О	Б	1 - 1,5 года		
		О	В	2-3 года		
		О	Г	3-4 года		
	УК-10			ИНФЛЯЦИЯ УХУДШАЕТ ФИНАНСОВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ	А	Экономика
				тех, кто имеет фиксированный доход		
				тех, кто вложил деньги в недвижимость		
				работников коммерческих организаций		
				тех, кто имеет не фиксированный доход		
59	УК-10	В		К ЭКЗОГЕННЫМ ПРИЧИНАМ, ВЫЗЫВАЮЩИМ ЦИКЛИЧНОЕ РАЗВИТИЕ ЭКОНОМИКИ, ОТНОСЯТСЯ	Б	Экономика
		О	А	уровень инфляции и безработицы		
		О	Б	наводнение, засуха и прочие природные катаклизмы		
		О	В	уровень минимальной заработной платы и минимального прожиточного минимума		

		О	Г	величина процентных ставок по кредитам и депозитам		
60	УК-10	В		К МИКРОЭКОНОМИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ОТНОСИТСЯ	Г	Экономика
		О	А	объем производства внутреннего продукта страны		
		О	Б	численность работающего населения в стране		
		О	В	уровень инфляции		
		О	Г	объем производства медицинских халатов и динамика изменения цен на них		
61	УК-10	В		ПРИБЫЛЬ ПРЕДПРИЯТИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ	В	Экономика
		О	А	выручка от реализации продукции плюс издержки производства		
		О	Б	выручка от реализации продукции минус налог на добавленную стоимость		
		О	В	выручка от реализации продукции минус издержки производства		
		О	Г	издержки производства плюс налог на добавленную стоимость		
62	УК-10	В		СОБСТВЕННИКОМ ИМУЩЕСТВА АКЦИОНЕРНОГО ОБЩЕСТВА ЯВЛЯЕТСЯ	Б	Экономика
		О	А	акционер, как владелец фирмы		
		О	Б	корпорация, как юридическое лицо		
		О	В	владелец контрольного пакета акций		
		О	Г	трудовой коллектив акционерного общества		
63	ОПК-1	В		ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЙ ПРАВОВОЙ АКТ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	Г	Правоведение
		О	А	«О предупреждении распространения в		

				РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»		
		О	Б	«О медицинском страховании граждан в РФ»		
		О	В	«О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»		
		О	Г	«Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан»		
64	ОПК-1	В		МОРАЛЬНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ОТЛИЧАЕТ	А	Правоведение
		О	А	свобода выбора действия		
		О	Б	произвольность мотива деятельности		
		О	В	уголовная безнаказанность		
		О	Г	наличие денежной заинтересованности		
65	ОПК-1	В		К ЛИЧНЫМ ПРАВАМ, ЗАКРЕПЛЕННЫМ В КОНСТИТУЦИИ РФ, ОТНОСЯТСЯ	А	Правоведение
		О	А	право на жизнь		
		О	Б	право на отдых		
		О	В	право на жилище		
		О	Г	право на охрану здоровья и медицинскую помощь		
66	ОПК-1	В		РЕШЕНИЕ О ПРИЗНАНИИ ЛИЦА ОГРАНИЧЕННО ДЕЕСПОСОБНЫМ В СООТВЕТСТВИИ С НОРМАМИ ГРАЖДАНСКОГО КОДЕКСА РФ ПРИНИМАЕТ	А	Правоведение
		О	А	суд общей юрисдикции		
		О	Б	орган опеки и попечительства		
		О	В	медико-социальная экспертная комиссия		
		О	Г	врачебная комиссия психоневрологического диспансера		

67	ОПК-1	В		ПРИЧИНЕНИЕ ТЯЖКОГО ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ВСЛЕДСТВИЕ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ИСПОЛНЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ ВВЕРЯЮТ В ВИНУ ВРАЧА В СЛУЧАЕ	В	Правоведение
		О	А	когда тяжкий вред наступил из-за того, что пациент скрыл важную для лечения информацию		
		О	Б	когда врач умышленно причинил вред пациенту		
		О	В	когда врач поставил неверный диагноз из-за недостатка диагностических мероприятий		
		О	Г	когда врач нарушил врачебную тайну		
68	ОПК-1	В		СУБЪЕКТОМ НЕЗАКОННОГО ПРОИЗВОДСТВА АБОРТА ЯВЛЯЕТСЯ	Б	Правоведение
		О	А	любое должностное лицо медицинского учреждения		
		О	Б	лицо, не имеющее высшего медицинского образования соответствующего профиля		
		О	В	только врач гинекологического отделения		
		О	Г	лицо, имеющее высшее гуманитарное образование		
69	ОПК-1	В		ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ СОСТАВЛЯЮТ	Б	Правоведение
		О	А	информация о состоянии здоровья пациента		
		О	Б	информация о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при обследовании и лечении пациента, а также сведения при тяжелом состоянии больного в отношении его самого		

		О	В	информация о факте обращения за медицинской помощью		
		О	Г	информация о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при обследовании и лечении пациента		
70	ОПК-1	В		В ОСНОВЕ ВРАЧЕБНОЙ ОШИБКИ ЛЕЖИТ	В	Биоэтика
		О	А	несовершенство современных методов исследования		
		О	Б	объективное внешнее влияние		
		О	В	недостаточный опыт врача		
		О	Г	не соответствующий уровень квалификации		
71	ОПК-1	В		РАБОТНИКИ С ВЫСШИМ МЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ МОГУТ БЫТЬ ДОПУЩЕНЫ К ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОСЛЕ ПРОХОЖДЕНИЯ ПЕРЕПОДГОТОВКИ ИЛИ НА ОСНОВАНИИ ПРОВЕРОЧНОГО ИСПЫТАНИЯ, ЕСЛИ ОНИ НЕ РАБОТАЛИ ПО СВОЕЙ СПЕЦИАЛЬНОСТИ	В	Правоведение
		О	А	более 2 лет		
		О	Б	более 10 лет		
		О	В	более 5 лет		
		О	Г	более 3 лет		
72	ОПК-1	В		ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ У ВРАЧЕЙ СОСТАВЛЯЕТ В НЕДЕЛЮ не более 40 часов	Б	Правоведение
		О	А	не более 36 часов		
		О	Б	не более 30 часов		
		О	В	не более 28 часов		
		О	Г			

73	ОПК-1	В		ВИДЫ ДИСЦИПЛИНАРНЫХ ВЗЫСКАНИЙ, ПРИМЕНЯЕМЫХ К МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКАМ ЗА НАРУШЕНИЕ СВОИХ ТРУДОВЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ	В	Правоведение
		О	А	замечание, перевод на нижеоплачиваемую должность, выговор, строгий выговор, увольнение		
		О	Б	перевод на нижеоплачиваемую должность		
		О	В	замечание, выговор, увольнение		
		О	Г	перевод на нижеоплачиваемую должность, увольнение		
74	ОПК-1	В		НЕОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНОМУ, КАК ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ПРАВОНАРУШЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, ОТНОСИТСЯ К	Г	Правоведение
		О	А	врачебной ошибке		
		О	Б	несчастным случаям в медицинской практике		
		О	В	действиям врача, являющимся основанием для привлечения к ответственности		
		О	Г	умышленными преступлениями в связи с медицинской деятельностью		
75	ОПК-1	В		ПОНЯТИЕ «ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ» ВКЛЮЧАЕТ ИНФОРМАЦИЮ О	А	Биоэтика
		О	А	цели и характере предполагаемого вмешательства		
		О	Б	положительных результатах вмешательства		
		О	В	возможных последствиях отказа от вмешательства		
		О	Г	врачебной тайне		
76	ОПК-1	В		ОБОСНОВАНИЕМ ДОПУСТИМОСТИ АБОРТА В ЛИБЕРАЛЬНОЙ ИДЕОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ	В	Биоэтика

		О	А	отрицание личностного статуса плода		
		О	Б	безвредность аборта		
		О	В	свобода женщины		
		О	Г	наличие объективных трудностей		
77	ОПК-2	В		КАКОВЫ ПРИЗНАКИ ВЫСОКОГО УРОВНЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РЕЗЕРВОВ ОРГАНИЗМА?		
		О	А	высокая активация дыхательной и сердечно-сосудистой систем в условиях покоя	Б	Валеология
		О	Б	невысокая «физиологическая стоимость» выполнения стандартных функциональных нагрузок		
		О	В	брадикардия в покое		
		О	Г	высокая частота сокращений сердца при стандартных физических нагрузках		
78	ОПК-2	В		НА КАКОЙ СТАДИИ СТРЕССА (Г.СЕЛЪЕ) СОПРОТИВЛЕНИЕ СТРЕССОВОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ ПОВЫШЕННОЙ СЕКРЕЦИЕЙ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ?	В	Валеология
		О	А	стадия тревоги		
		О	Б	стадия резистентности		
		О	В	стадия истощения		
		О	Г	стадия адаптации		
79	ОПК-2	В		В КАКИХ СТРУКТУРАХ РАНЬШЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ УТОМЛЕНИЕ ПРИ ФИЗИЧЕСКОМ ТРУДЕ?	Б	Валеология
		О	А	в двигательных нервных волокнах		
		О	Б	в нервных центрах		
		О	В	в работающих мышцах		
		О	Г	в проприорецепторах		

80	ОПК-2	В		НАИБОЛЕЕ ЦЕННЫМИ ИСТОЧНИКАМИ НЕЗАМЕНИМЫХ АМИНОКИСЛОТ ЯВЛЯЮТСЯ	А	Гигиена
		О	А	молоко и молочные продукты, бобовые, крупы		
		О	Б	мясо, рыба, молоко и молочные продукты, яйца		
		О	В	молоко и молочные продукты, яйца, бобовые		
		О	Г	яйца, бобовые, крупы		
81	ОПК-2	В		САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКУЮ ХАРАКТЕРИСТИКУ ТРУДА СОСТАВЛЯЕТ	Г	Гигиена
		О	А	администрация предприятия		
		О	Б	представитель профкома предприятия		
		О	В	инспектор по технике безопасности		
		О	Г	санитарный врач по гигиене труда центра госсанэпиднадзора		
82	ОПК-2	В		ХОЛЕСТЕРИН ОТСУТСТВУЕТ В	Г	Гигиена
		О	А	яйцах		
		О	Б	сале		
		О	В	рыбе		
		О	Г	подсолнечном масле		
83	ОПК-2	В		ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА НА 50% ЗАВИСИТ ОТ	Б	Валеология
		О	А	наследственности		
		О	Б	образа жизни		
		О	В	доступности и уровня оказания медицинской помощи		
		О	Г	факторов окружающей среды		
84	ОПК-2	В		НАИБОЛЕЕ БОГАТ ОМЕГА-3 ЖИРНЫМИ КИСЛОТАМИ	Б	Гигиена

		О	А	бараний жир		
		О	Б	рыбий жир		
		О	В	говяжий жир		
		О	Г	свиной жир		
85	ОПК-3	В		ПРИЁМ СПОРТСМЕНАМИ ТРОПОЭТИНА В КАЧЕСТВЕ ДОПИНГА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К	А	Физическая культура и спорт
		О	А	тромбозу		
		О	Б	бронхоспазму		
		О	В	гинекомастии		
		О	Г	анемии		
84	ОПК-3	В		ПРОТИВОЗАКОННЫЙ ПРИЁМ СПОРТСМЕНАМИ КЛЕНБУТЕРОЛА С ЦЕЛЬЮ ИСКУССТВЕННОГО ПОВЫШЕНИЯ СПОРТИВНОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ ОБУСЛОВЛЕН ЕГО:	В	Физическая культура и спорт
		О	А	наркотическим эффектом		
		О	Б	анаболическим эффектом		
		О	В	симпатомиметическим эффектом		
		О	Г	Аналептическим эффектом		
85	ОПК-3	В		ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ СОМАТОТРОПИНА ПРИ ЕГО ПРИМЕНЕНИИ СПОРТСМЕНАМИ В КАЧЕСТВЕ ДОПИНГА ЯВЛЯЕТСЯ	Г	Физическая культура и спорт
		О	А	гипогликемия		
		О	Б	гинекомастия		
		О	В	повышение агрессивности		
		О	Г	гипертрофия миокарда		
86	ОПК-3	В		УПОТРЕБЛЕНИЕ В – БЛОКАТОРОВ В КАЧЕСТВЕ ДОПИНГА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО В ТАКИХ ВИДАХ СПОРТА, КАК	В	Физическая культура и спорт

		О	А	бокс		
		О	Б	бег		
		О	В	стрельба из лука		
		О	Г	плавание		
87	ОПК-4	В		ПОЛНАЯ КОМПЕНСАТОРНАЯ ПАУЗА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ	Б	Пропедевтика внутренних болезней
		О	А	атриовентрикулярной блокады		
		О	Б	желудочковой экстрасистолии		
		О	В	наджелудочковой экстрасистолии		
		О	Г	предсердной экстрасистолии		
88	ОПК-4	В		ПРИ ОСТРОЙ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВОЗНИКАЕТ	Б	Пропедевтика внутренних болезней
		О	А	удушье		
		О	Б	набухание шейных вен		
		О	В	кровохаркание		
		О	Г	повышение АД		
89	ОПК-4	В		МОЧЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ВКЛЮЧАЕТ	В	Пропедевтика внутренних болезней
		О	А	гематурию, лейкоцитурию, бактериурию		
		О	Б	протеинурию, лейкоцитурию, цилиндрурию		
		О	В	протеинурию, гематурию, цилиндрурию		
		О	Г	лейкоцитурию, бактериурию, цилиндрурию		
90	ОПК-4	В		ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ВНУТРИВЕННОЙ УРОГРАФИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ	В	Лучевая диагностика
		О	А	сульфат бария		
		О	Б	метиленовый синий		

		О	В	урографин		
		О	Г	мочевина, меченная изотопом углерода С14		
91	ОПК-4	В		ВОЗБУДИТЕЛЬ СТОЛБНЯКА ОТНОСИТСЯ К	Б	Микробиология
		О	А	неспорообразующим клостридиям		
		О	Б	спорообразующим клостридиям		
		О	В	простейшим		
		О	Г	грамм- бактериям		
92	ОПК-4	В		РАЗЛИТОЙ ВЫСОКИЙ (КУПОЛООБРАЗНЫЙ) ВЕРХУШЕЧНЫЙ ТОЛЧОК В VI МЕЖРЕБЕРЬЕ НА 2 СМ КНАРУЖИ ОТ СРЕДНЕ-КЛЮЧИЧНОЙ ЛИНИИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ	Б	Пропедевтика внутренних болезней
		О	А	гипертрофии левого желудочка без выраженной его дилатации		
		О	Б	гипертрофии и дилатация левого желудочка		
		О	В	гипертрофии и дилатации правого желудочка		
		О	Г	постинфарктной аневризмы передней стенки левого желудочка		
93	ОПК-4	В		ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ВЫЯВИЛО СНИЖЕНИЕ ОФВ1, ИНДЕКСА ТИФФНО, МВЛ; ПОВЫШЕНИЕ ОСТАТОЧНОГО ОБЪЕМА ЛЕГКИХ, ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ	В	Пропедевтика внутренних болезней
		О	А	пневмонии		
		О	Б	бронхиальной астмы		
		О	В	эмфиземы легких		
		О	Г	гидроторакса		
94	ОПК-4	В		ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ХАРАКТЕРНЫМ АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ	А	Пропедевтика внутренних

				ЯВЛЯЕТСЯ		болезней
		О	А	сухие хрипы на выдохе		
		О	Б	сухие хрипы на вдохе		
		О	В	влажные хрипы на вдохе		
		О	Г	крепитация		
95	ОПК-4	В		ПОДАГРИЧЕСКИЕ ТОФУСЫ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ	А	Пропедевтика внутренних болезней
		О	А	отложения мочекислых солей		
		О	Б	разрастание соединительной ткани		
		О	В	разрастание костной ткани		
		О	Г	отложения солей извести		
96	ОПК-4	В		РАННИМ ПРИЗНАКОМ ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ ДАННЫЕ ЭХОКГ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИЕ О	А	Пропедевтика внутренних болезней
		О	А	дилатации правого предсердия		
		О	Б	увеличении размеров ЛЖ		
		О	В	увеличении размеров ПЖ		
		О	Г	повышении давления в легочной артерии		
97	ОПК-4	В		ПРИ СУЖЕНИИ МЕЛКИХ БРОНХОВ МОГУТ ВЫСЛУШИВАТЬСЯ ХРИПЫ	В	Пропедевтика внутренних болезней
		О	А	жужжащие		
		О	Б	мелкопузырчатые звучные		
		О	В	свистящие		
		О	Г	трескучие		
98	ОПК-4	В		ДЛЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КЛАПАНОВ АОРТЫ ХАРАКТЕРНЫ ИЗМЕНЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ	Г	Пропедевтика внутренних болезней
		О	А	низкое систолическое, высокое		

				диастолическое, низкое пульсовое		
		О	Б	низкое систолическое, низкое диастолическое, низкое пульсовое		
		О	В	высокое систолическое, высокое диастолическое, низкое пульсовое		
		О	Г	высокое систолическое, низкое диастолическое, высокое пульсовое		
99	ОПК-4	В		ПРИ КОМПРЕССИОННОМ АТЕЛЕКТАЗЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫСЛУШИВАЕТСЯ	Б	Пропедевтика внутренних болезней
		О	А	ослабленное или ослабленное везикулярное дыхание		
		О	Б	бронхиальное дыхание		
		О	В	амфорическое дыхание		
		О	Г	жесткое дыхание		
100	ОПК-4	В		ДЛЯ СИНДРОМА БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ АУСКУЛЬТАТИВНЫЕ ПРИЗНАКИ	В	Пропедевтика внутренних болезней
		О	А	бронхиальное дыхание и крепитация		
		О	Б	везикулобронхиальное дыхание и влажные хрипы		
		О	В	удлиненный выдох, появление или усиление свистящих хрипов при форсированном выдохе		
		О	Г	ослабленное везикулярное дыхание		
101	ОПК-4	В		ЖИДКОСТЬ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ВЫЗЫВАЕТ	Б	Пропедевтика внутренних болезней
		О	А	усиление дыхательных шумов		
		О	Б	ослабление голосового дрожания		
		О	В	смещение органов средостения в большую сторону		
		О	Г	высокое стояние диафрагмы.		

102	ОПК-4	В		НАИБОЛЬШАЯ ГИПЕРТРОФИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ	А	Пропедевтика внутренних болезней
		О	А	аортальном стенозе		
		О	Б	аортальной недостаточности		
		О	В	митральном стенозе		
		О	Г	митральной недостаточности		
103	ОПК-4	В		ПРИЗНАК ДЕКОМПЕНСАЦИИ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА	Б	Пропедевтика внутренних болезней
		О	А	влажные мелкопузырчатые хрипы в легких		
		О	Б	отеки на нижних конечностях		
		О	В	спленомегалия		
		О	Г	сухие хрипы в легких		
104	ОПК-4	В		НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ ЭКГ-СИМПТОМОМ СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ	Б	Пропедевтика внутренних болезней
		О	А	желудочковая экстрасистолия после физической нагрузки		
		О	Б	депрессия сегмента ST возникающая при физической нагрузке		
		О	В	глубокий зубец Q в отведениях III и aVF		
		О	Г	отрицательные зубцы T в отведениях V ₂₋₆		
105	ОПК-4	В		ДЛЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ХАРАКТЕРНО	А	Пропедевтика внутренних болезней
		О	А	диастолический шум над аортой и у верхушки сердца		
		О	Б	систолический шум у основания сердца		
		О	В	хлопающий I тон		
		О	Г	ритм перепела		

106	ОПК-4	В		ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ СУТОЧНАЯ ПРОТЕИНУРИЯ СОСТАВЛЯЕТ _____ ГРАММ	Г	Пропедевтика внутренних болезней
		О	А	менее 1		
		О	Б	1-2		
		О	В	2-3		
		О	Г	более 3,5		
107	ОПК-4	В		ПРИ СНИЖЕНИИ КОНЦЕНТРАЦИОННОЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ МОЧИ НАХОДИТСЯ В ПРЕДЕЛАХ	Г	Пропедевтика внутренних болезней
		О	А	1.031-1.035		
		О	Б	1.027-1.029		
		О	В	1.015-1.025		
		О	Г	1.003-1.008		
108	ОПК-4	В		ПРИ КОМПРЕССИОННОМ ПОЛНОМ АТЕЛЕКТАЗЕ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК	Г	Пропедевтика внутренних болезней
		О	А	ясный легочной		
		О	Б	коробочный		
		О	В	притуплено тимпанический		
		О	Г	тупой		
109	ОПК-4	В		ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ АУСКУЛЬТАТИВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ	В	Пропедевтика внутренних болезней
		О	А	влажные звучные хрипы		
		О	Б	влажные незвучные хрипы		
		О	В	сухие хрипы		
		О	Г	крепитация		
110	ОПК-4	В		УВЕЛИЧЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА МОЧИ БОЛЕЕ 3 ЛИТРОВ В СУТКИ -	А	Пропедевтика внутренних болезней

		О	А	полиурия		
		О	Б	ишурия		
		О	В	дизурия		
		О	Г	странгурия		
111	ОПК-4	В		НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ ПУЛЬСА ПРИ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ PULSUS	А	Пропедевтика внутренних болезней
		О	А	deficiens		
		О	Б	filiformis		
		О	В	differens		
		О	Г	altus et celer		
112	ОПК-4	В		ДЛЯ ПОЛНОГО ОБТУРАЦИОННОГО АТЕЛЕКТАЗА ХАРАКТЕРНО	А	Пропедевтика внутренних болезней
		О	А	отсутствие дыхания		
		О	Б	усиленное везикулярное дыхание		
		О	В	бронхиальное дыхание		
		О	Г	жесткое дыхание		
113	ОПК-4	В		ПРИ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ	Б	Пропедевтика внутренних болезней
		О	А	диастолический шум на аорте		
		О	Б	систо-диастолический шум на аорте		
		О	В	систолический шум в точке Бочкина-Эрба		
		О	Г	систолический шум на аорте, акцент II тона		
114	ОПК-4	В		ОСНОВНЫМ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ КОАРКТАЦИИ ГРУДНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ ЯВЛЯЕТСЯ	В	Пропедевтика внутренних болезней

		О	А	увеличение АД на нижних конечностях		
		О	Б	уменьшение АД на верхних конечностях		
		О	В	гипертензия выше и гипотензия ниже места сужения аорты		
		О	Г	выраженная брадикардия		
115	ОПК-4	В		ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА ХАРАКТЕРНЫ ЭКГ-ПРИЗНАКИ	А	Пропедевтика внутренних болезней
		О	А	увеличение амплитуды зубца Р		
		О	Б	отсутствие зубца Р		
		О	В	двухфазный зубец Р		
		О	Г	удлинение интервала Р-Q		
116	ОПК-4	В		ДЛЯ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ТИПИЧНО	В	Пропедевтика внутренних болезней
		О	А	ослабление I тона на верхушке, акцент II тона в точке Боткина, ритм «перепела»		
		О	Б	ослабление I тона на верхушке, диастолический шум на легочной артерии		
		О	В	акцент II тона на легочной артерии, диастолический шум на верхушке		
		О	Г	диастолический шум на легочной артерии, ритм «перепела»		
117	ОПК-4	В		ПРИ ЗАПОРЕ МАКСИМАЛЬНАЯ ЧАСТОТА СТУЛА СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В	А	Пропедевтика внутренних болезней
		О	А	3 дня		
		О	Б	4 дня		
		О	В	1 нед		
		О	Г	2 нед		

118	ОПК-4	В		ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ТРАНСАМИНАЗ, СЫВОРОТОЧНОГО ЖЕЛЕЗА, ОБЕИХ ФРАКЦИЙ БИЛИРУБИНА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПЕЧЕНОЧНОГО СИНДРОМА	В	Пропедевтика внутренних болезней
		О	А	холестаза		
		О	Б	мезенхимального воспаления		
		О	В	цитоллиза		
		О	Г	портальной гипертензии		
119	ОПК-4	В		НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ НАГНОИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ	В	Пропедевтика внутренних болезней
		О	А	боли в грудной клетке		
		О	Б	высокая температура		
		О	В	кашель с большим количество гнойной мокроты		
		О	Г	кровохарканье		
120	ОПК-4	В		БОЛИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ВОЗНИКАЮТ	В	Пропедевтика внутренних болезней
		О	А	во время приема пищи		
		О	Б	через 30-40 мин после приема пищи		
		О	В	через 1,5-2 ч после приема пищи		
		О	Г	не зависят от приема пищи		
121	ОПК-4	В		ПРИ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ	Г	Лучевая диагностика
		О	А	рентгенография органов грудной клетки		
		О	Б	томография органов грудной клетки		
		О	В	компьютерная томография органов грудной клетки		
		О	Г	бронхография		
122	ОПК-4	В		ПРИ ПОДКОЖНОМ ПАНАРИЦИИ ВСЛЕДСТВИЕ БЫСТРОГО	А	Общая хирургия

	4			НАРУШЕНИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ ВЫЯВЛЯЕТСЯ		
		О	А	пульсирующая боль		
		О	Б	кожный зуд		
		О	В	судороги пальца		
		О	Г	цианоз кожи пальца		
123	ОПК-5	В		ОДНОЙ ИЗ ОСНОВНЫХ СИСТЕМ, МЕТАБОЛИЗИРУЮЩИХ ЛЕКАРСТВА В ПЕЧЕНИ, ЯВЛЯЕТСЯ	Г	Биохимия
		О	А	оксигеназа		
		О	Б	никотинамид		
		О	В	цитохром С		
		О	Г	цитохром Р 450		
124	ОПК-5	В		СРЕДИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ВЫДЕЛЯЮТ	Г	Патофизиология
		О	А	нарушение проницаемости сосудистой стенки, иммунокомплексное повреждение капилляров		
		О	Б	системную гипертензию, нарушение проницаемости сосудистой стенки		
		О	В	внутриклубочковую гипертензию, иммунокомплексное повреждение капилляров		
		О	Г	внутриклубочковую гипертензию, системную гипертензию		
125	ОПК-5	В		НЕСАХАРНЫЙ ДИАБЕТ - БОЛЕЗНЬ, ВЫЗЫВАЕМАЯ ДЕФИЦИТОМ	В	Пропедевтика внутренних болезней
		О	А	инсулина		
		О	Б	окситоцина		
		О	В	антидиуретического гормона (вазопрессина)		
		О	Г	адренокортикотропного гормона		

126	ОПК-5	В		ОСНОВНЫМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМОМ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ ПРИ СД ЯВЛЯЕТСЯ	А	Патофизиология
		О	А	абсолютная недостаточность инсулина		
		О	Б	повышенная активность контринсулярных гормонов		
		О	В	гипоксия		
		О	Г	дегидратация		
127	ОПК-5	В		ОСНОВНОЙ МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ИНСУЛИНУ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ	Г	Патофизиология
		О	А	увеличение выработки ФНО – альфа		
		О	Б	увеличение продукции лептина		
		О	В	увеличение продукции интерлейкина – 6		
		О	Г	снижение продукции адипонектина		
128	ОПК-5	В		ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ОТЁКОВ ПРИ ЗАСТОЙНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	Б	Патологическая физиология
		О	А	повышение капиллярной проницаемости		
		О	Б	повышение гидростатического давления		
		О	В	нарушение лимфатического оттока		
		О	Г	снижение объёма плазмы		
129	ОПК-5	В		ХИЛЕЗНЫЙ ЭКССУДАТ ИМЕЕТ ЦВЕТ	Г	Патофизиология
		О	А	золотисто-желтый		
		О	Б	серовато-белесоватый		
		О	В	зеленовато-желтый		
		О	Г	разбавленного молока		
130	ОПК-	В		АТРОФИЯ СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА –	Б	Патанатомия

	5			ЭТО		
		О	А	сглаженность складок		
		О	Б	снижение количества желез на единицу площади		
		О	В	замена эпителия		
		О	Г	бледность слизистой оболочки		
131	ОПК-5	В		ЖЕЛТОВАТАЯ ОКРАСКА МИОКАРДА В ЗОНЕ ИНФАРКТА (МАКРОСКОПИЧЕСКИ) ПОЯВЛЯЕТСЯ ЧЕРЕЗ ____ СУТОК ПОСЛЕ РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА	А	Патологическая анатомия
		О	А	2-3		
		О	Б	5-6		
		О	В	7-10		
		О	Г	более 10		
132	ОПК-5	В		ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛУДКА ПРИЧИНОЙ ДИАРЕИ МОЖЕТ БЫТЬ	А	Пропедевтика внутренних болезней
		О	А	гипо- и ахлоргидрия		
		О	Б	наличие НР		
		О	В	гиперпродукция соляной кислоты		
		О	Г	избыточная продукция пепсиногена		
133	ОПК-5	В		ГЛАВНОЕ ЗВЕНО В ПАТОГЕНЕЗЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА	В	Патологическая физиология
		О	А	снижение количества рецепторов к инсулину		
		О	Б	вирусная инфекция		
		О	В	повреждение β -клеток островков Лангерганса		
		О	Г	переедание, сопровождающееся ожирением		
124	ОПК-5	В		ГИПЕРПРОДУКЦИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ИМЕЕТ ОСНОВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ В	Б	Патофизиология

				ПАТОГЕНЕЗЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПРИ		
		О	А	синдроме Конна		
		О	Б	синдроме Иценко-Кушинга		
		О	В	феохромоцитоме		
		О	Г	надпочечниковой гиперандрогении		
135	ОПК-5	В		ЛИПОГЕНЕЗ СТИМУЛИРУЕТ ГОРМОН	Б	Нормальная физиология
		О	А	соматотропный		
		О	Б	инсулин		
		О	В	адреналин		
		О	Г	глюкагон		
136	ОПК-5	В		УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ОСНОВНОМ ЗАВИСИТ ОТ ВЕЛИЧИНЫ СОСУДИСТОГО СОПРОТИВЛЕНИЯ В	В	Нормальная физиология
		О	А	легочной артерии		
		О	Б	аорте и ее ветвях		
		О	В	артериолах		
		О	Г	капиллярах		
137	ОПК-5	В		ОСНОВНЫМ ЭСТРОГЕНОМ У НЕБЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА, КОТОРЫЙ ПРОДУЦИРУЕТСЯ В ЯИЧНИКЕ, ЯВЛЯЕТСЯ	А	Акушерство и гинекология
		О	А	эстрадиол		
		О	Б	эстрон		
		О	В	эстриол		
		О	Г	эстетрол		
138	ОПК-5	В		ЛИМФАДЕНОИДНОЕ ГЛОТОЧНОЕ КОЛЬЦО ВАЛЬДЕЕРА-ПИРОГОВА ВКЛЮЧАЕТ НЕБНЫЕ МИНДАЛИНЫ И	А	Анатомия

		О	А	глоточную, язычную, трубные		
		О	Б	глоточную, язычную, пейеровы бляшки		
		О	В	язычную, трубную, гортанную		
		О	Г	трубные, гортанные, пейеровы бляшки		
139	ОПК-5	В		ПРИДАТОЧНЫЕ ПАЗУХИ НОСА ОТСУТСТВУЮТ В КОСТИ	Б	Анатомия
		О	А	клиновидной		
		О	Б	небной		
		О	В	решетчатой		
		О	Г	лобной		
140	ОПК-5	В		ОПУХОЛЬ МОЖНО СЧИТАТЬ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ, ЕСЛИ ОНА ОБЛАДАЕТ СЛЕДУЮЩИМИ СВОЙСТВАМИ	В	Патофизиология
		О	А	инфильтрирующий рост, клеточный атипизм, способность метастазировать		
		О	Б	инфильтрирующий рост, клеточный атипизм, локальный рост без метастазирования		
		О	В	экспансивный рост, тканевой атипизм, локальный рост без метастазирования		
		О	Г	экспансивный рост, тканевой атипизм, способность метастазировать		
141	ОПК-5	В		ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННОСТИ СОСТАВЛЯЕТ ____ ДНЕЙ	В	Детские болезни
		О	А	7		
		О	Б	14		
		О	В	28		
		О	Г	36		
142	ОПК-5	В		ОСНОВНОЙ МЕХАНИЗМ ПОЯВЛЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО БРОНХИАЛЬНОГО ДЫХАНИЯ	В	Пропедевтика внутренних болезней

		О	А	сужение бронхов (спазм, вязкая мокрота)		
		О	Б	наличие небольшого очага уплотнения лёгочной ткани, окружённого неизменёнными альвеолами		
		О	В	уплотнение лёгкого или наличии в нём полости, соединенной с бронхом		
		О	Г	снижение эластичности лёгочной ткани		
143	ОПК-5	В		ДЛЯ ЭКССУДАТИВНОГО ПЛЕВРИТА И ГИДРОТОРАКСА ХАРАКТЕРНО	Б	Пропедевтика внутренних болезней
		О	А	экспираторная одышка		
		О	Б	инспираторная одышка		
		О	В	стридорозное дыхание		
		О	Г	дыхание Куссмауля или дыхание Чейна-Стокса		
144	ОПК-5	В		ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ МОРФОЛОГИЧЕСКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ	В	Патологическая анатомия
		О	А	выраженной воспалительной инфильтрацией внутри долек		
		О	Б	гиперплазией купферовских клеток и клеток Ито		
		О	В	утратой дольковой структуры печени с наличием септ и узлов регенерации		
		О	Г	крупнокапельной жировой дистрофией гепатоцитов		
145	ОПК-5	В		НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ПЕЧЕНОЧНО-КЛЕТОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ	Г	Пропедевтика внутренних болезней
		О	А	повышение уровня трансаминаз		
		О	Б	повышение уровня гамма-глобулинов		
		О	В	повышение конъюгированного билирубина		
		О	Г	уменьшение протромбинового индекса, альбуминов, холестерина		

146	ОПК-5	В		НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЯВЛЯЕМАЯ МАЛАЯ АНОМАЛИЯ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ	Б	Детские болезни
		О	А	открытое овальное окно		
		О	Б	ложные хорды желудочков сердца		
		О	В	пролапс трикуспидального клапана		
		О	Г	двухстворчатый аортальный клапан		
147	ОПК-5	В		МАКРОЦИТОЗ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ АНЕМИИ	Б	Патологическая физиология
		О	А	гемолитической		
		О	Б	В12-дефицитной		
		О	В	постгеморрагической		
		О	Г	железодефицитной		
148	ОПК-5	В		ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ ПОРАЖАЕТСЯ	Г	Детские болезни
		О	А	клубочки		
		О	Б	кровеносная и лимфатическая система почек		
		О	В	слизистая оболочка мочевого пузыря		
		О	Г	канальцы, чашечно-лоханочный аппарат и интерстиций		
149	ОПК-5	В		ПЕРВЫМИ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТРОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА ЯВЛЯЮТСЯ	Г	Патанатомия
		О	А	дистрофия кардиомиоцитов		
		О	Б	некрозы кардиомиоцитов		
		О	В	кардиомиолиз		
		О	Г	контрактуры кардиомиоцитов		
150	ОПК-	В		ГОРМОН С ВЫСОКОЙ ПРЕССОРНОЙ	В	Нормальная

	5			АКТИВНОСТЬЮ - ЭТО		физиология
		О	А	кальцитонин		
		О	Б	альдостерон		
		О	В	адреналин		
		О	Г	инсулин		
151	ОПК-5	В		ЗАДЕРЖКА В РАЗВИТИИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ УМЕНИЙ У РЕБЕНКА, БОЛЬНОГО РАХИТОМ, ОБУСЛОВЛЕНА	В	Детские болезни
		О	А	нарушением процессов пищеварения		
		О	Б	дефектами вскармливания		
		О	В	гипотонией мышц		
		О	Г	вялыми парезами и параличами конечностей		
152	ОПК-5	В		В АКТИВНОЙ ФОРМЕ ИЗ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВЫДЕЛЯЮТСЯ ФЕРМЕНТЫ	Г	Нормальная физиология
		О	А	липаза, фосфолипаза		
		О	Б	липаза, амилаза		
		О	В	амилаза, трипсин		
		О	Г	фосфолипаза, трипсин		
153	ОПК-5	В		ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНО	А	Патологическая анатомия
		О	А	пролиферативное либо склерозирующее поражение клубочков, протеинурия, гематурия, симметричное поражение почек		
		О	Б	замещение интерстиция и канальцев соединительной тканью, протеинурия, гематурия, лихорадка с ознобом		
		О	В	пролиферативное либо склерозирующее поражение клубочков, одностороннее поражение, лейкоцитурия, бактериурия		

		О	Г	замещение интерстиция и канальцев соединительной тканью, одностороннее поражение, лихорадка с ознобом		
154	ОПК-5	В		ОСНОВНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ	Г	Патологическая анатомия
		О	А	наличие соединительной ткани в дольках		
		О	Б	деформация долек		
		О	В	деформация портальных полей		
		О	Г	утрата дольковой структуры		
155	ОПК-5	В		НАЛИЧИЕ ЗОБА У ЗНАЧИТЕЛЬНОГО ЧИСЛА ЛИЦ, ЖИВУЩИХ В ОДНОЙ ОБЛАСТИ, СЧИТАЮТ	В	Пропедевтика внутренних болезней
		О	А	спорадическим зобом		
		О	Б	струмитом де Кервена		
		О	В	эндемическим зобом		
		О	Г	диффузным токсическим зобом		
156	ОПК-5	В		ДЛЯ СИНДРОМА КИШЕЧНОЙ ДИСПЕПСИИ ХАРАКТЕРНО	Г	Пропедевтика внутренних болезней
		О	А	икота		
		О	Б	изжога		
		О	В	отрыжка		
		О	Г	нарушение стула		
157	ОПК-5	В		НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА - УРОВЕНЬ	В	Пропедевтика внутренних болезней
		О	А	гемоглобина		
		О	Б	среднего содержания гемоглобина в эритроците		
		О	В	ферритина в плазме		
		О	Г	трансферрина		

158	ОПК-5	В		ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ФОРМИРОВАНИЯ ПРИОБРЕТЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ	Б	Детские болезни
		О	А	фиброэластоз		
		О	Б	острая ревматическая лихорадка		
		О	В	системная красная волчанка		
		О	Г	ревматический артрит		
159	ОПК-5	В		ДЛЯ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕЙ ХАРАКТЕРЕН НАКЛОН ГОЛОВЫ	Г	Детские болезни
		О	А	вперед		
		О	Б	назад		
		О	В	здоровую сторону		
		О	Г	в больную сторону		
160	ОПК-5	В		ПРИ ОСТРОМ СТЕНОЗИРУЮЩЕМ ЛАРИНГОТРАХЕИТЕ ОТСУТСТВУЕТ	А	Детские болезни
		О	А	удлинение выдоха		
		О	Б	грубый лающий кашель		
		О	В	изменение голоса		
		О	Г	втяжение уступчивых мест грудной клетки		
161	ОПК-5	В		ВИД ГИПОКСИИ, НЕ ОБУСЛОВЛЕННЫЙ ИЗМЕНЕНИЯМИ ВНУТРЕННЕЙ СРЕДЫ И ФУНКЦИЙ ОРГАНОВ И СИСТЕМ	А	Патологическая физиология
		О	А	гипоксическая		
		О	Б	дыхательная		
		О	В	тканевая		
		О	Г	циркуляторная		
162	ОПК-5	В		ОСНОВНЫМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМОМ	В	Патологическая физиология

				ГИПЕРОСМОЛЯРНОЙ КОМЫ ПРИ СД ЯВЛЯЕТСЯ		
		О	А	абсолютная недостаточность инсулина		
		О	Б	повышенная активность контринсулярных гормонов		
		О	В	клеточная дегидратация		
		О	Г	гипоксия		
163	ОПК-5	В		ДЛИТЕЛЬНАЯ ГИПОГЛИКЕМИЯ ПРИВОДИТ К НЕОБРАТИМЫМ ПОВРЕЖДЕНИЯМ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО	Г	Патологическая физиология
		О	А	миокарда		
		О	Б	гепатоцитов		
		О	В	поперечно-полосатой мускулатуры		
		О	Г	центральной нервной системы		
164	ОПК-5	В		НОСОВЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЮТ ИЗ СЛИЗИСТОЙ	Б	Анатомия
		О	А	дна полости носа		
		О	Б	перегородки носа		
		О	В	нижней носовой раковины		
		О	Г	средней носовой раковины		
165	ОПК-5	В		УКАЖИТЕ ДОСТОВЕРНЫЙ ПРИЗНАК НЕДОСТАТОЧНОСТИ МОЛОКА У МАТЕРИ	Г	Детские болезни
		О	А	ребенок сосет пальцы		
		О	Б	мать не ощущает рефлекса окситоцина		
		О	В	молочные железы стали мягче, чем были раньше		
		О	Г	ребенок мочится меньше, чем 6-8 раз в сутки		
166	ОПК-5	В		«РАХИТИЧЕСКИЕ ЧЕТКИ» – ЭТО УТОЛЩЕНИЕ В ОБЛАСТИ	А	Детские болезни

		О	А	перехода костной части ребер в хрящевую		
		О	Б	лучезапястных суставов		
		О	В	эпифизов костей предплечья и голени		
		О	Г	крестца		
167	ОПК-5	В		ВНЕБОЛЬНИЧНУЮ ПНЕВМОНИЮ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 5 ЛЕТ ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЮТ	В	Детские болезни
		О	А	стрептококки		
		О	Б	стафилококки		
		О	В	пневмококки		
		О	Г	микоплазмы		
168	ОПК-5	В		В ГИПОФИЗЕ ВЫРАБАТЫВАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ГОРМОНЫ	А	Нормальная физиология
		О	А	ФСГ, ЛГ, пролактин, ТТГ		
		О	Б	ФСГ, пролактин, эстрадиол		
		О	В	прогестерон, ЛГ, пролактин, ТТГ		
		О	Г	ФСГ, ЛГ, пролактин, ТТГ, прогестерон		
169	ОПК-5	В		ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНАЯ ПАЗУХА ОТКРЫВАЕТСЯ В ____ НОСОВОЙ ХОД	Б	Анатомия
		О	А	верхний		
		О	Б	средний		
		О	В	нижний		
		О	Г	общий		
170	ОПК-5	В		ПЛЕВРАЛЬНЫЕ ПОЛОСТИ	А	Топографическая анатомия
		О	А	содержат минимальное количество серозной жидкости, разделены средостением		
		О	Б	сообщаются друг с другом позади грудины, симметричны по форме (проекциям)		

		О	В	симметричны по форме (проекциям), содержат минимальное количество серозной жидкости		
		О	Г	содержат жировую клетчатку, разделены средостением		
171	ОПК-5	В		К ХРОМОСОМНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОТНОСЯТ	Г	Патофизиология
		О	А	гемофилию		
		О	Б	фенилкетонурию		
		О	В	серповидноклеточную анемию		
		О	Г	болезнь Дауна		
172	ОПК-5	В		ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ В КРОВИ, БРОНХИАЛЬНОМ СЕКРЕТЕ, В МЕЖКЛЕТОЧНЫХ ПРОСТРАНСТВАХ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ ПОВЫШЕННОЕ СОДЕРЖАНИЕ	В	Патофизиология
		О	А	нейтрофилов		
		О	Б	моноцитов		
		О	В	эозинофилов		
		О	Г	лимфоцитов		
173	ОПК-6	В		ПУЛЯ С ВЫСОКОЙ КИНЕТИЧЕСКОЙ ЭНЕРГИЕЙ ОКАЗЫВАЕТ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ПРЕГРАДУ	Г	Медицина катастроф
		О	А	пробивное, клиновидное		
		О	Б	пробивное, контузионное		
		О	В	гидродинамическое, контузионное		
		О	Г	разрывное, гидродинамическое		
174	ОПК-6	В		ДЛЯ МЕСТНОГО ДЕЙСТВИЯ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИХ ОТРАВЛЯЮЩИХ ВЕЩЕСТВ ХАРАКТЕРНЫ	Б	Медицина катастроф
		О	А	судороги		
		О	Б	миоз		

		О	В	мидриаз		
		О	Г	выраженная лихорадка		
175	ОПК-6	В		НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ СПОСОБ ЗАЩИТЫ ОТ ВНЕШНЕГО ГАММА-ИЗЛУЧЕНИЯ РАДИОАКТИВНЫХ ВЫПАДЕНИЙ	Г	Медицина катастроф
		О	А	своевременная эвакуация		
		О	Б	использование защитной одежды		
		О	В	медикаментозная профилактика лучевых поражений		
		О	Г	укрытие в защитных сооружениях		
176	ОПК-6	В		СПОСОБ ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЯ ВОДЫ В ОЧАГАХ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ	В	Медицина катастроф
		О	А	отстаивание		
		О	Б	фильтрация		
		О	В	гиперхлорирование, затем дехлорирование		
		О	Г	применение пергидроля		
177	ОПК-6	В		В ОСНОВЕ МЕДИЦИНСКОЙ СОРТИРОВКИ ПОРАЖЕННЫХ ЛЕЖИТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ	Г	Организация и тактика медицинской службы
		О	А	тяжести ранения (заболевания)		
		О	Б	диагноза заболевания (поражения) и его прогноза		
		О	В	состояния раненого (больного) и потребности в эвакуации		
		О	Г	срочности лечебных и эвакуационных мероприятий		
178	ОПК-6	В		В ПЕРИОД РАЗГАРА ОСТРОЙ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ ТЯЖЕСТЬ СОСТОЯНИЯ ОБУСЛОВЛЕНА	Г	Медицина катастроф
		О	А	дыхательной недостаточностью		

		О	Б	сердечной недостаточностью		
		О	В	нарушением свертываемости крови		
		О	Г	инфекционными осложнениями		
179	ОПК-6	В		СРОЧНУЮ ПОМОЩЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ ОКАЗАТЬ ПОРАЖЕННЫМ С	В	Медицина катастроф
		О	А	осколочным ранением нижних конечностей		
		О	Б	касательным ранением черепа		
		О	В	проникающим ранением полости живота и груди		
		О	Г	остановленным кровотечением		
180	ОПК-6	В		ПРИ СТИХИЙНЫХ БЕДСТВИЯХ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ПРЕОБЛАДАЮТ	Б	Медицина катастроф
		О	А	изолированные механические повреждения		
		О	Б	сочетанные травмы		
		О	В	психоневрологические расстройства		
		О	Г	инфекционные заболевания		
181	ОПК-6	В		ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПРОТИВОХИМИЧЕСКИЙ ПАКЕТ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЧАСТИЧНОЙ	Г	Медицина катастроф
		О	А	дегазации и дезинфекции		
		О	Б	дезактивации и дезинфекции		
		О	В	дегазации и дезактивации		
		О	Г	санитарной обработки и дегазации		
182	ОПК-6	В		ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСОНОВ ПОКАЗАНО	А	Медицина катастроф
		О	А	для ускорения выведения радиоактивных веществ из организма		

		О	Б	при угрозе отравления сильнодействующими ядовитыми веществами		
		О	В	для профилактики инфекционных заболеваний		
		О	Г	с целью повышения иммунитета		
183	ОПК- 6	В		СИНИЛЬНАЯ КИСЛОТА ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ БОЕВЫХ ОТРАВЛЯЮЩИХ ВЕЩЕСТВ	В	Медицина катастроф
		О	А	раздражающего действия		
		О	Б	удушающего действия		
		О	В	общетоксического действия		
		О	Г	кожно-нарывного действия		
184	ОПК- 6	В		ЛЕЧЕБНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫЕ ДЛЯ ПРИЕМА ПОРАЖЕННЫХ – ЭТО _____ ЭТАП МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ	А	Медицина катастроф
		О	А	первый		
		О	Б	второй		
		О	В	третий		
		О	Г	четвертый		
185	ОПК- 6	В		К МЕТОДАМ ФИЗИЧЕСКОЙ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ	В	Общая хирургия
		О	А	перевязка сосуда лигатурой		
		О	Б	тампонада сальником		
		О	В	электрокоагуляция		
		О	Г	переливание плазмы		
186	ОПК- 6	В		ПРОНИКАЮЩИМ РАНЕНИЕМ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ СЧИТАЕТСЯ РАНЕНИЕ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЕСЯ ПОВРЕЖДЕНИЕМ	Г	Общая хирургия
		О	А	кожи		

		О	Б	подкожной клетчатки		
		О	В	мышц живота		
		О	Г	брюшины		
187	ОПК-6	В		ДЛЯ ОТРАВЛЕНИЯ ФОСФОРООРГАНИЧЕСКИМИ ОТРАВЛЯЮЩИМИ ВЕЩЕСТВАМИ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ХАРАКТЕРНО	Б	Медицина катастроф
		О	А	судороги, лейкопения		
		О	Б	удушье, усиление секреции бронхиальных, слюнных и потовых желез		
		О	В	усиление секреции бронхиальных, слюнных и потовых желез, лейкопения		
		О	Г	усиление секреции бронхиальных, слюнных и потовых желез, судороги		
188	ОПК-6	В		ЭВАКУАЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ ПРИ ЧС ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПО	А	Медицина катастроф
		О	А	эвакуационно-сортировочным признакам		
		О	Б	показателям общего состояния пострадавших		
		О	В	наличию транспортных средств		
		О	Г	возрастным показателям		
189	ОПК-6	В		НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ВНУТРИБРЮШНОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ	В	Травматология, ортопедия
		О	А	удар в живот при переполненном мочевом пузыре		
		О	Б	падение с высоты		
		О	В	перелом костей таза со смещением		
		О	Г	переполнение мочевого пузыря		
190	ОПК-6	В		БОЛЬНОЙ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА БОЛИ В ЖИВОТЕ, СВЯЗАННЫЕ С ПОЛУЧЕННОЙ ТРАВМОЙ. ТАКТИКА	А	Травматология, ортопедия

				ВРАЧ СМП		
		О	А	доставить больного в дежурный хирургический стационар		
		О	Б	ввести наркотические анальгетики		
		О	В	промыть желудок		
		О	Г	ввести антибиотики		
191	ОПК-6	В		ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ И СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ПОСЛЕ ТРАВМЫ ОБУСЛОВЛЕНА	В	Травматология, ортопедия
		О	А	тяжелой черепно-мозговой травмой		
		О	Б	тромбоэмболией легочной артерии		
		О	В	шоком и кровопотерей		
		О	Г	жировой эмболией		
192	ОПК-6	В		НАЧАЛЬНЫМ ВИДОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ОЧАГЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ	А	Медицина катастроф
		О	А	первая медицинская		
		О	Б	первая врачебная		
		О	В	квалифицированная		
		О	Г	специализированная		
193	ОПК-6	В		ОКАЗАНИЕ КВАЛИФИЦИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В	Г	Медицина катастроф
		О	А	госпитальной базе фронта		
		О	Б	расположении полка – в медицинском пункте полка (МПП)		
		О	В	расположении батальона		
		О	Г	дивизионном медицинском учреждении – в Отдельном медицинском батальоне (ОмедБ)		

194	ОПК-6	В		МИНИМАЛЬНАЯ ДОЗА РАВНОМЕРНОГО ОДНОКРАТНОГО ОБЛУЧЕНИЯ, ВЫЗЫВАЮЩАЯ ОСТРУЮ ЛУЧЕВУЮ БОЛЕЗНЬ ____ ГР	А	Медицина катастроф
		О	А	1		
		О	Б	3		
		О	В	5		
		О	Г	10		
195	ОПК-6	В		ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ В ИНДИВИДУАЛЬНОЙ АПТЕЧКЕ ИМЕЕТСЯ ЦИСТАМИН И	В	Медицина катастроф
		О	А	тарен		
		О	Б	афин		
		О	В	этаперазин		
		О	Г	ацизол		
196	ОПК-6	В		АНТИДОТОМ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЛЮИЗИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ	А	Медицина катастроф
		О	А	унитиол		
		О	Б	атропин		
		О	В	амилнитрит		
		О	Г	ацизол		
197	ОПК-6	В		УНИВЕРСАЛЬНЫЙ МЕТОД ИДЕНТИФИКАЦИИ, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ ОПРЕДЕЛЯТЬ НЕИЗВЕСТНЫЕ ОТРАВЛЯЮЩИЕ ВЕЩЕСТВА И ЯДЫ	Г	Медицина катастроф
		О	А	биохимический		
		О	Б	химический		
		О	В	физический		
		О	Г	биологический		
198	ОПК-7	В		ОТОТОКСИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ	В	Оториноларингология

		О	А	неомицин		
		О	Б	тетрациклин		
		О	В	гентамицин		
		О	Г	пенициллин		
199	ОПК-7	В		ДОЗА АНТИМИКРОБНОГО ПРЕПАРАТА ДЛЯ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ	Б	Фармакология
		О	А	меньше терапевтической		
		О	Б	соответствует обычной терапевтической		
		О	В	превышает терапевтическую		
		О	Г	зависит от принятых в данном отделении стандартов		
200	ОПК-7	В		МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ИНГИБИТОРОВ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В БЛОКАДЕ	Г	Фармакология
		О	А	$\text{Na}^+ \text{K}^+$ - АТФазы		
		О	Б	М-холинорецепторов		
		О	В	5 НТ-серотониновых рецепторов		
		О	Г	H^+/K^+ - АТФазы		
201	ОПК-7	В		S-ИЗОМЕР ОМЕПРАЗОЛА ЯВЛЯЕТСЯ	Г	Фармакология
		О	А	лансопризол		
		О	Б	рабепразол		
		О	В	пантопризол		
		О	Г	эзомепразол		
202	ОПК-7	В		ОБШИРНЫЕ ВНУТРИПОЛОСТНЫЕ ОПЕРАЦИИ НЕ ВОЗМОЖНЫ БЕЗ ПРИМЕНЕНИЯ	А	Фармакология
		О	А	мышечных релаксантов		
		О	Б	ингаляционных анестетиков		
		О	В	бензодиазепинов		

		О	Г	нейролептиков		
203	ОПК-7	В		ПЕРВОЕ ПРИКЛАДЫВАНИЕ К ГРУДИ ЗДОРОВОГО ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ПРОВОДЯТ	А	Детские болезни
		О	А	в первые 30 минут после рождения		
		О	Б	через 2-3 часа		
		О	В	через 6-8 часов		
		О	Г	через 10-12 часов		
204	ОПК-7	В		ВВЕДЕНИЕ НОВОЙ ПИЩИ, ПОСТЕПЕННО ЗАМЕНЯЮЩЕЙ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ - ЭТО	Б	Детские болезни
		О	А	прикорм		
		О	Б	докорм		
		О	В	искусственное вскармливание		
		О	Г	смешанное вскармливание		
205	ОПК-7	В		ВСКАРМЛИВАНИЕ НАЗЫВАЕТСЯ ИСКУССТВЕННЫМ, ЕСЛИ РЕБЕНОК НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ ПОЛУЧАЕТ	А	Детские болезни
		О	А	менее 1/5 суточного объема женского молока и 4/5 молочных смесей		
		О	Б	1/3 суточного объема женского молока и 2/3 молочных смесей		
		О	В	только детские молочные смеси		
		О	Г	женское молоко и блюда прикорма		
206	ОПК-7	В		ДЛЯ ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ, ЛИШЕННЫХ ЖЕНСКОГО МОЛОКА, РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ	В	Детские болезни
		О	А	цельного и разведенного кефира		
		О	Б	цельного и разведенного коровьего молока		

		О	В	детских адаптированных молочных смесей промышленного производства		
		О	Г	молочных каш		
207	ОПК-7	В		ПРИ МИАСТЕНИИ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧЕНИЕ	В	Фармакологи
		О	А	М-холиноблокаторов		
		О	Б	М-холиномиметиков		
		О	В	антихолинэстеразных средств		
		О	Г	адреномиметических средств		
208	ОПК-7	В		ГИПОТЕНЗИВНОЕ СРЕДСТВО, БЛОКИРУЮЩЕЕ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩИЙФЕРМЕНТ И УМЕНЬШАЮЩЕЕ СИНТЕЗ АНГИОТЕНЗИНА II	Г	Фармакологи
		О	А	лозартан		
		О	Б	бисопролол		
		О	В	амлодипин		
		О	Г	эналаприл		
209	ОПК-7	В		АНТИАРИТМИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО — БЛОКАТОР МЕДЛЕННЫХ КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ ПРИ ПРЕДСЕРДНОЙ ТАХИАРИТМИИ прокаинамид	Б	Фармакология
		О	А	верапамил		
		О	Б	лидокаин		
		О	В	бисопролол		
		О	Г			
210	ОПК-7	В		ВЛИЯЕТ ТОЛЬКО НА АНАЭРОБНУЮ ФЛОРУ (СПОРООБРАЗУЮЩУЮ И НЕСПОРООБРАЗУЮЩУЮ)	А	Фармакологи
		О	А	метронидазол		

		О	Б	амоксциллин		
		О	В	ципрофлоксацин		
		О	Г	амикацин		
211	ОПК-7	В		АНТИГИСТАМИННОЕ СРЕДСТВО С ОТСУТСТВУЮЩИМ СЕДАТИВНЫМ ДЕЙСТВИЕМ	Б	Фармакологи
		О	А	дифенгидрамин		
		О	Б	лоратадин		
		О	В	хлоропирамин		
		О	Г	доксиламин		
212	ОПК-7	В		ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ДЕЙСТВИЕ, СВЯЗАННОЕ С БЛОКАДОЙ ФОСФОЛИПАЗЫ А ₂ , ОКАЗЫВАЕТ	В	Фармакологи
		О	А	зилеутон		
		О	Б	кеторолак		
		О	В	гидрокортизон		
		О	Г	сульфасалазин		
213	ОПК-7	В		ОСНОВНЫМ МЕХАНИЗМОМ АНТИАНГИНАЛЬНОГО ЭФФЕКТА НИТРОГЛИЦЕРИНА ЯВЛЯЕТСЯ	В	Фармакология
		О	А	расширение коронарных артерий		
		О	Б	расширение периферических артерий		
		О	В	расширение периферических вен		
		О	Г	увеличение коронарного кровотока вследствие увеличения ЧСС		
214	ОПК-7	В		БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО СОЧЕТАТЬ С	Б	Фармакология
		О	А	тиазидными диуретиками		

		О	Б	антагонистами кальция группы верапамила		
		О	В	ингибиторами АПФ		
		О	Г	ингибиторами АТ ₁ -рецепторов		
215	ОПК-7	В		САЛЬБУТАМОЛ РАСШИРЯЕТ БРОНХИ ЗА СЧЕТ	А	Фармакология
		О	А	возбуждения бета2-адренорецепторов бронхов		
		О	Б	блокирования альфа-адренорецепторов бронхов		
		О	В	непосредственного влияния на гладкую мускулатуру бронхов		
		О	Г	снижения тонуса блуждающего нерва		
218	ОПК-7	В	219	ПРИ ЛИХОРАДКЕ СВЫШЕ ПЯТИ СУТОК У БОЛЬНОГО ОРЗ ПОКАЗАНА	Г	Пропедевтика внутренних болезней
		О	А	антибиотикотерапия эмпирическая		
		О	Б	иммуномодулирующая терапия		
		О	В	витаминотерапия		
		О	Г	рентгенография органов грудной клетки для исключения пневмонии, при наличии показаний - антибиотикотерапия		
219	ОПК-7	В		НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫМ ЭФФЕКТОМ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ АДРЕНАЛИНА ЯВЛЯЕТСЯ	Г	Фармакология
		О	А	брадиаритмия		
		О	Б	гипогликемия		
		О	В	повышение внутриглазного давления		
		О	Г	артериальная гипертензия		
220	ОПК-7	В		М-ХОЛИНОБЛОКАТОРЫ ОКАЗЫВАЮТ СЛЕДУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ	Б	Фармакология
		О	А	спазмолитическое, гиперсекреторное		

		О	Б	спазмолитическое, антисекреторное		
		О	В	гиперсекреторное, жаропонижающее		
		О	Г	гиперсекреторное, противовоспалительное		
221	ОПК-7	В		ТИАЗИДОПОДОБНЫЕ ДИУРЕТИКИ ДЕЙСТВУЮТ НА	А	Фармакология
		О	А	дистальный извитой каналец		
		О	Б	проксимальное колено петли Генле		
		О	В	дистальное колено петли Генле		
		О	Г	собирательную трубочку		
222	ОПК-7	В		К КАЛИЙСБЕРЕГАЮЩИМ ДИУРЕТИЧЕСКИМ СРЕДСТВАМ ОТНОСИТСЯ	Г	Фармакология
		О	А	индапамид		
		О	Б	фуросемид		
		О	В	маннитол		
		О	Г	спиронолактон		
223	ОПК-7	В		АДЕКВАТНАЯ ДОЗА ПРЕДНИЗОЛОНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА НЕФРОТИЧЕСКОГО ТИПА - ____ МГ НА 1 КГ ВЕСА	В	Клиническая фармакология
		О	А	0,2-0,4		
		О	Б	0,7-0,8		
		О	В	1-2		
		О	Г	3		
224	ОПК-7	В		У 24-40 ЛЕТ С АРТРОЗОМ КОЛЕННОГО СУСТАВА I-II СТАДИИ И НЕСТАБИЛЬНОСТЬЮ СУСТАВА ПОКАЗАНА ОПЕРАЦИЯ	В	Травматология, ортопедия
		О	А	эндопротезирование коленного сустава		
		О	Б	артродез коленного сустава		

		О	В	стабилизирующая на коленном суставе с восстановлением связочного аппарата		
		О	Г	высокая корригирующая остеотомия большеберцовой кости		
225	ОПК-7	В		ПРЕПАРАТ - СПЕЦИФИЧЕСКИЙ АНТАГОНИСТ МОРФИНА	А	Фармакология
		О	А	налоксон		
		О	Б	диазепам		
		О	В	флумазенил		
		О	Г	трамадол		
226	ОПК-7	В		ПРИ НАРУШЕНИИ ТЕХНИКИ ВВЕДЕНИЯ АМИДНЫХ АНЕСТЕТИКОВ (ЛИДОКАИН И ДР.) ВОЗМОЖНО ТОЛЬКО	В	Фармакология
		О	А	анафилактическая реакция		
		О	Б	анафилактоидная реакция		
		О	В	системная токсическая реакция		
		О	Г	гемолиз		
227	ОПК-7	В		ПРИ ВТОРИЧНОЙ ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОНЕ АЛЛЕРГИИ К БЕЛКАМ КОРОВЬЕГО МОЛОКА И СОИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ СМЕСИ	Б	Детские болезни
		О	А	безлактозные		
		О	Б	высокогидролизированные		
		О	В	кисломолочные		
		О	Г	антирефлюксные		
228	ОПК-7	В		СИНТЕЗ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ ТОРМОЗИТ	Г	Фармакология
		О	А	бензбромарон		
		О	Б	диклофенак		
		О	В	инсулин		
		О	Г	аллопуринол		

229	ОПК-7	В		ПОСЛЕ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕБЁНКА С ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ И КУПИРОВАНИЯ АКТИВНОСТИ ПРОЦЕССА РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧИТЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ	В	Детские болезни
		О	А	преднизолон		
		О	Б	пенициллин		
		О	В	бициллин-5		
		О	Г	klarитромицин		
230	ОПК-7	В		ПРИСТУП ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ КУПИРУЕТСЯ	А	Фармакология
		О	А	спазмолитиками		
		О	Б	ингибиторами АПФ		
		О	В	антагонистами кальция		
		О	Г	антибиотиками		
231	ОПК-7	В		ПРЕПАРАТАМИ СПАЗМОЛИТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ, ВЛИЯЮЩИМИ НА НЕРВНУЮ РЕГУЛЯЦИЮ ЯВЛЯЮТСЯ БЛОКАТОРЫ	В	Фармакология
		О	А	Са-каналов		
		О	Б	Na-каналов		
		О	В	м-холинорецепторов		
		О	Г	фосфодиэстеразы		
232	ОПК-7	В		АНТИАГРЕГАНТНОЕ ДЕЙСТВИЕ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ СВЯЗАНО С УГНЕТЕНИЕМ	Г	Фармакология
		О	А	фосфодиэстеразы		
		О	Б	тромбоксансинтетазы		
		О	В	аденилатциклазы		
		О	Г	циклооксигеназы		

233	ОПК-7	В		К СЕЛЕКТИВНЫМ БЕТА ₂ -АГОНИСТАМ КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ ОТНОСИТСЯ	Б	Фармакология
		О	А	формотерол		
		О	Б	фенотерол		
		О	В	окситропиума бромид		
		О	Г	сальметерол		
234	ОПК-7	В		ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНОЙ РАНЫ В ФАЗЕ ГИДРАТАЦИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЕНИЕ	А	Фармакология
		О	А	гипертонического солевого раствора		
		О	Б	солкосерила		
		О	В	трипсина		
		О	Г	гидрокортизоновой мази		
235	ОПК-7	В		ОСНОВНЫЕ ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ТРОМБОЗЕ ВКЛЮЧАЮТ	Б	Клиническая фармакология
		О	А	дезагреганты		
		О	Б	антикоагулянты		
		О	В	спазмолитики		
		О	Г	антибиотики		
236	ОПК-7	В		МЕХАНИЗМ АНТИМИКРОБНОГО ДЕЙСТВИЯ ОФЛОКСАЦИНА	А	Фармакология
		О	А	блокирование ДНК-гиразы и нарушение сверхспирализации ДНК		
		О	Б	блокирование ДНК-полимеразы и нарушение синтеза ДНК		
		О	В	блокирование транспептидазы и нарушение синтеза клеточной стенки		
		О	Г	нарушение целостности ЦПМ		
237	ОПК-7	В		К БАКТЕРИОСТАТИКАМ ОТНОСЯТСЯ	Б	Фармакология

		О	А	рифампицин		
		О	Б	эритромицин		
		О	В	пенициллин		
		О	Г	ванкомицин		
238	ОПК-7	В		БЛОКИРУЕТ И АЛЬФА И БЕТА-АДРЕНОРЕЦЕПТОРЫ	Г	Фармакология
		О	А	соталол		
		О	Б	атенолол		
		О	В	пропранолол		
		О	Г	карведилол		
239	ОПК-7	В		СИМПАТОАДРЕНАЛОВЫЕ КРИЗЫ ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ КУПИРУЮТСЯ	Б	Фармакология
		О	А	антагонистами кальция дигидропиридинового ряда		
		О	Б	альфа1-адреноблокаторами		
		О	В	бета-адреноблокаторами		
		О	Г	моксонидином		
240	ОПК-7	В		БЫСТРО И КОРОТКОДЕЙСТВУЮЩИЙ БЕТА 2-АГОНИСТ	Г	Фармакология
		О	А	сальметерол		
		О	Б	фенотерол		
		О	В	будесонид		
		О	Г	сальбутамол		
241	ОПК-7	В		ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИЙ, ВЫЗВАННЫХ ВНУТРИКЛЕТОЧНЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ПРИМЕНЯЮТСЯ	Б	Фармакология
		О	А	пенициллины		
		О	Б	макролиды		
		О	В	аминогликозиды		

		О	Г	цефалоспорины		
242	ОПК-7	В		К ПРЕПАРАТАМ, СОДЕРЖАЩИМ ТРЕХВАЛЕНТНОЕ ЖЕЛЕЗО ОТНОСИТСЯ	Г	Фармакология
		О	А	сорбифер		
		О	Б	тардиферон		
		О	В	ферроплекс		
		О	Г	мальтофер		
243	ОПК-7	В		ОСНОВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СИФИЛИСА ЯВЛЯЮТСЯ АНТИБИОТИКИ ГРУППЫ	Б	Фармакология
		О	А	макролидов		
		О	Б	пенициллина		
		О	В	тетрациклина		
		О	Г	аминогликозидов		
244	ОПК-7	В		ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ЕСТЕСТВЕННОМУ ВСКАРЛИВАНИЮ СО СТОРОНЫ РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ	Г	Детские болезни
		О	А	гиполактазия		
		О	Б	выраженные проявления аллергического диатеза		
		О	В	муковисцидоз		
		О	Г	фенилкетонурия		
245	ОПК-7	В		КАЧЕСТВЕ ПРОТИВОЯЗВЕННОЙ ТЕРАПИИ РЕБЕНКУ 7 ЛЕТ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДПК МОЖЕТ БЫТЬ НАЗНАЧЕН	А	Детские болезни
		О	А	эзамепразол		
		О	Б	пантопразол		
		О	В	рабепразол		
		О	Г	омепразол		

246	ОПК-7	В		В КИСЛОЙ ЖЕЛУДОЧНОЙ СРЕДЕ ФЕРМЕНТНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ЖИВОТНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ	В	Фармакология
		О	А	не меняют своих свойств		
		О	Б	незначительно снижают активность		
		О	В	инактивируются		
		О	Г	их действие усиливается		
247	ОПК-8	В		ПРОБОЙ ШТАНГЕ ОПРЕДЕЛЯЮТ	Б	Медицинская реабилитация
		О	А	время задержки дыхания на выдохе		
		О	Б	время задержки дыхания на вдохе		
		О	В	частоту дыханий в минуту		
		О	Г	отношение частоты дыханий к частоте сердечных сокращений		
248	ОПК-8	В		ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА – ЭТО	Б	Медицинская реабилитация
		О	А	система мероприятий, направленных на максимально полное восстановление или компенсацию утраченных в результате болезни или травмы функций организма		
		О	Б	область клинической медицины, изучающая механизмы лечебного действия на организм физических упражнений и разрабатывающая методы их применения в лечебно- профилактических и реабилитационных целях		
		О	В	область медицинской науки, изучающая действие на организм природных и искусственных физических факторов, применяемых для лечения больных и оздоровления населения		
		О	Г	занятия физической культурой, проводимые с пациентами при		

				различных заболеваниях		
249	ОПК-8	В		ОСНОВНОЙ ФАКТОР В ДЕЙСТВИИ ПИТЬЕВЫХ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД НА ОРГАНИЗМ	Б	Медицинская реабилитация
		О	А	термический		
		О	Б	химический		
		О	В	механический		
		О	Г	физический		
250	ОПК-8	В		К НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫМ ОТНОСЯТСЯ МЕТОДЫ	В	Медицинская реабилитация
		О	А	бальнеологические		
		О	Б	вегетокорригирующие		
		О	В	повышающие толерантность к физическим нагрузкам (актопротекторные)		
		О	Г	психорелаксирующие		
251	ОПК-9	В		ОСНОВНОЙ СИСТЕМОЙ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ	А	Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения
		О	А	страховая		
		О	Б	государственная		
		О	В	частная		
		О	Г	смешанная		
252	ОПК-9	В		БЮДЖЕТ ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ФОРМИРУЕТСЯ ЗА СЧЕТ	Г	ОЗД
		О	А	добровольных страховых взносов населения		
		О	Б	безвозмездных кредитов банков		

		О	В	доходов, получаемых от использования временно свободных финансовых средств		
		О	Г	страховых взносов на обязательное медицинское страхование со стороны работодателей, страховых платежей органов исполнительной власти за неработающее население		
253	ОПК-9	В		СРЕДИ ФАКТОРОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ, ЛИДИРУЮТ	Г	Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения
		О	А	состояние окружающей среды		
		О	Б	уровень организации медицинской помощи		
		О	В	качество медицинской помощи		
		О	Г	образ жизни		
254	ОПК-9	В		ФУНКЦИЮ ВРАЧЕБНОЙ ДОЛЖНОСТИ ОПРЕДЕЛЯЮТ КАК	А	Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения
255		О	А	отношение количества посещений поликлиник и визитов врача на дом к количеству занятых должностей		
		О	Б	отношение числа посещений к врачам к количеству обслуживаемого населения		
		О	В	отношение числа посещений по поводу заболеваний х100 к общему числу всех посещений в поликлинику		
		О	Г	отношение количества штатных должностей х1000 к количеству обслуживаемого населения		
256	ОПК-9	В		ДОБРОВОЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ – ЭТО СТРАХОВАНИЕ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩЕЕ	Б	Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения
		О	А	получение дополнительных медицинских услуг сверх		

				установленных программами обязательного медицинского страхования		
		О	Б	получение медицинских услуг в рамках выбранной программы страхования, расходы по которым компенсирует страховая компания		
		О	В	предоставление платных медицинских услуг по желанию		
		О	Г	улучшенное сервисное обслуживание отдельных групп населения по более высоким тарифам		
257	ОПК-10	В		УКАЖИТЕ, КАКИЕ РАСШИРЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ К ЭЛЕКТРОННЫМ ТАБЛИЦАМ	Б	Медицинская информатика
		О	А	.doc, .docx, .docm, .rtf		
		О	Б	.xls, .xlsx, .xlsm		
		О	В	.jpg, .jpeg, .gif, .png		
		О	Г	.mp3, .ogg, .wma		
258	ОПК-10	В		УКАЖИТЕ, КАКОЕ КОЛИЧЕСТВО КЛАСТЕРОВ НЕОБХОДИМО ДЛЯ ХРАНЕНИЯ ФАЙЛА ОБЪЕМОМ 1025 БАЙТ ЕСЛИ РАЗМЕР КЛАСТЕРА 512 БАЙТ	Б	Медицинская информатика
		О	А	4		
		О	Б	3		
		О	В	2.002		
		О	Г	2		
259	ОПК-10	В		УСТРОЙСТВО, ПРОИЗВОДЯЩЕЕ ПРЕОБРАЗОВАНИЕ АНАЛОГОВЫХ СИГНАЛОВ В ЦИФРОВЫЕ И ОБРАТНО, НАЗЫВАЕТСЯ	Б	Медицинская информатика
		О	А	сетевая карта		
		О	Б	модем		
		О	В	процессор		
		О	Г	маршрутизатор		

260	ОПК-10	В		ЭЛЕКТРОННАЯ ТАБЛИЦА MS EXCEL ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ:	А	Медицинская информатика
		О	А	обработки преимущественно числовых данных, структурированных с помощью таблиц		
		О	Б	упорядоченного хранения и обработки значительных массивов баз данных		
		О	В	визуализации структурных связей между данными, представленными в таблицах		
		О	Г	редактирования графических представлений больших объемов информации		
261	ПК-1	В		ОПРЕДЛИТЕ ТАКТИКУ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ВЕН ПИЩЕВОДА, КРОВОПОТЕРЕЙ 3 ФК У БОЛЬНОГО С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ, ВАРИКОЗНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ВЕН ПИЩЕВОДА 3 СТ.	Б	Госпитальная хирургия
		О	А	резекция желудка		
		О	Б	установка зонда Блекмора, заместительная гемостатическая терапия		
		О	В	эндоскопический гемостаз		
		О	Г	наложение портокавального анастомоза		
262	ПК-1	В		НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ПРОБОДЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ	Г	Госпитальная хирургия
		О	А	малая кривизна желудка		
		О	Б	большая кривизна желудка		
		О	В	пилорический отдел желудка		
		О	Г	двенадцатиперстная кишка		
263	ПК-1	В		ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ОСТАВЛЕНИЯ ТАМПОНОВ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ	В	Госпитальная хирургия

		О	А	гангренозный аппендицит		
		О	Б	большое количество выпота		
		О	В	неудалённый источник перитонита и капиллярное кровотечение		
		О	Г	каловый перитонит		
264	ПК-1	В		ПРИ ВКЛИНЕННОМ КАМНЕ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСКА ПОКАЗАНА ОПЕРАЦИЯ	Г	Госпитальная хирургия
		О	А	холецистэктомия		
		О	Б	холецистэктомия и холедохолитотомия		
		О	В	холедоходуоденоанастомоз		
		О	Г	эндоскопическая папиллотомия		
265	ПК-1	В		НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С ГАНГРЕНОЗНЫМ АБСЦЕССОМ ЛЕГКОГО, ОСЛОЖНЕННЫМ ПРОФУЗНЫМ ЛЕГОЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ, ЯВЛЯЕТСЯ	А	Госпитальная хирургия
		О	А	резекция легкого		
		О	Б	искусственный пневмоторакс		
		О	В	тампонада дренирующего бронха		
		О	Г	гемостатическая терапия		
266	ПК-1	В		ПРИ ПРОНИКАЮЩЕМ РАНЕНИИ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА С ВЫПАДЕНИЕМ ОБОЛОЧЕК ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ В ПОЛИКЛИНИКЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В	А	Офтальмология
		О	А	наложении асептической повязки и срочной транспортировки в глазное отделение		
		О	Б	обильном промывании раны и инъекции антибиотиков		
		О	В	вправлении выпавших оболочек		
		О	Г	иссечении выпавших оболочек и герметизации раны		

267	ПК-1	В		В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ПРИ НАЧАВШЕМСЯ ЖЕЛУДОЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ МОЖЕТ БЫТЬ	А	Госпитальная хирургия
		О	А	рвота «кофейной гущей»		
		О	Б	коллапс		
		О	В	мелена		
		О	Г	брадикардия		
268	ПК-1	В		ПРИ ТРОМБОЗЕ ГЛУБОКИХ ВЕН В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ ВВЕСТИ	В	Госпитальная хирургия
		О	А	аспирин внутрь		
		О	Б	гепарин подкожно		
		О	В	гепарин внутривенно		
		О	Г	фенилин внутрь		
269	ПК-1	В		ПРИ САМОПРОИЗВОЛЬНОМ ВПРАВЛЕНИИ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ ПОКАЗАНИЕМ К ЭКСТРЕННОЙ ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ	Б	Госпитальная хирургия
		О	А	наличие грыжевого выпячивания		
		О	Б	появление перитонеальных симптомов		
		О	В	повышение температуры тела		
		О	Г	сам факт самопроизвольного вправления		
270	ПК-1	В		ПРИ ДЫХАТЕЛЬНОМ АЦИДОЗЕ ПРОТИВОПОКАЗАНО	А	Анестезиология, реанимация, интенсивная терапия
		О	А	коррекция ацидоза содой		
		О	Б	введение жировых имульсий		
		О	В	эндоскопическая санация трахеобронхиального дерева		
		О	Г	искусственная вентиляция легких		
277	ПК-1	В		ШОКОВЫЙ ИНДЕКС АЛЬГОВЕРА	В	Анестезиология, реанимация,

				ЕСТЬ ОТНОШЕНИЕ		интенсивная терапия
		О	А	пульсового АД и частоты пульса		
		О	Б	систолического АД и частоты пульса		
		О	В	частоты пульса и систолического АД		
		О	Г	частоты пульса и диастолического АД		
278	ПК-1	В		БУЖИРОВАНИЕ ПИЩЕВОДА ПОСЛЕ ОСТРОГО ОЖОГА СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ	Б	Госпитальная хирургия
		О	А	на 1-2 сут		
		О	Б	на 8-9 сут		
		О	В	через 1 мес		
		О	Г	при возникновении стойкой дисфагии		
279	ПК-1	В		НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ФЛЕГМОНЕ ОРБИТЫ	А	Офтальмология
		О	А	вскрытие и дренирование орбиты		
		О	Б	пункция орбиты		
		О	В	антибиотикотерапия парентерально		
		О	Г	антисептики местно		
280	ПК-1	В		НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПИЩЕВОДЕ ПРИ ЕГО ХИМИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ ИМЕЮТ МЕСТО В	Г	Госпитальная хирургия
		О	А	области глотки		
		О	Б	области кардии		
		О	В	абдоминальном отрезке пищевода		
		О	Г	местах физиологических сужений		
281	ПК-1	В		ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ В ТИПИЧНОМ МЕСТЕ ДЛЯ ИММОБИЛИЗАЦИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ	Б	Травматология, ортопедия
		О	А	тыльный гипсовый лангет		
		О	Б	тыльный и ладонный гипсовый лангет		

		О	В	круговая гипсовая повязка до локтевого сустава		
		О	Г	круговая гипсовая повязка до нижней трети плеча		
282	ПК-1	В		ТРАНЗИТОРНАЯ ГИПЕРКАЛИЕМИЯ ПРИ НАРУШЕНИИ ПРАВИЛ ИНФУЗИИ ПРЕПАРАТОВ КАЛИЯ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К	Б	Анестезиология, реанимация, интенсивная терапия
		О	А	судорожному синдрому		
		О	Б	остановке сердца		
		О	В	тромбофлебиту		
		О	Г	острому канальцевому некрозу		
283	ПК-1	В		ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПАРЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ОПТИМАЛЬНО ВВЕДЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ АМИНОКИСЛОТ С	А	Анестезиология, реанимация, интенсивная терапия
		О	А	жировыми эмульсиями		
		О	Б	альбумином		
		О	В	полиионным раствором		
		О	Г	глюкозой		
284	ПК-1	В		ДЛЯ ОСТРОГО ПРИСТУПА ПЕРВИЧНОЙ ЗАКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ ХАРАКТЕРНЫ	Г	Офтальмология
		О	А	зрачок узкий, реакция зрачка на свет сохранена, роговица прозрачная, поверхностная инъекция бульбарной конъюнктивы		
		О	Б	светобоязнь, слезотечение, роговицы тусклая, преципитаты, зрачок узкий		
		О	В	светобоязнь, боль в глазу, снижение зрения, субэпителиальные помутнения роговицы, перикорнеальная инъекция роговицы		
		О	Г	отек роговицы, мелкая ПК, широкий эллипсовидный зрачок, застойная инъекция глазного яблока		
285	ПК-1	В		КРАЯ РАНЫ НЕРОВНЫЕ, ОСАДНЕННЫЕ. КРОВОПОДТЕЧНЫЕ,	Г	Травматология,

				НЕСКОЛЬКО ОТСЛОЕННЫЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О ХАРАКТЕРЕ РАНЫ		ортопедия
		О	А	ушибленной		
		О	Б	рассеченной		
		О	В	размозженной		
		О	Г	рваной		
286	ПК-1	В		ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ ГЛАЗ ВКЛЮЧАЕТ	Б	Офтальмология
		О	А	поверхностную анестезию		
		О	Б	обильное промывание глаз водой		
		О	В	применение местно антибиотиков		
		О	Г	физиотерапевтическое лечение		
287	ПК-1	В		ДЛЯ ОКОНЧАТЕЛЬНОЙ ОСТАНОВКИ ВТОРИЧНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ИНФИЦИРОВАННОЙ РАНЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРЕДПРИНЯТЬ	А	Госпитальная хирургия
		О	А	перевязку кровоточащего сосуда на протяжении		
		О	Б	перевязку кровоточащего сосуда в ране		
		О	В	прошивание сосуда в ране		
		О	Г	тампонирование в ране		
289	ПК-1	В		АНТИДОТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОТРАВЛЕНИЙ МЕТАНОЛОМ ВКЛЮЧАЕТ ВВЕДЕНИЕ	Г	Анестезиология, реанимация, интенсивная терапия
		О	А	этиленгликоля и метгемоглобинообразователей		
		О	Б	ацизола и оксигенотерапию		
		О	В	этанола и метгемоглобинообразователей		
		О	Г	этанола и фолиевой кислоты		
290	ПК-1	В		ГЕМОМРАГИЧЕСКИЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗ РАЗВИВАЕТСЯ В	А	Госпитальная

				РЕЗУЛЬТАТЕ		хирургия
		О	А	протеолитического некролиза панкреоцитов под воздействием трипсина и других протеолитических ферментов		
		О	Б	воздействия эластазы на стенки венул и междольковые соединительнотканые перемычки		
		О	В	повреждающего действия на панкреоциты и интерстициальную жировую клетчатку липолитических ферментов		
		О	Г	спонтанного купирования аутолитических процессов и инволюции мелкоочагового панкреонекроза		
291	ПК-1	В		ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ХИМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ ПИЩЕВОДА СЧИТАЕТСЯ	Б	Факультетская хирургия
		О	А	промывание пищевода и желудка "ресторанным" способом		
		О	Б	промывание пищевода и желудка с помощью зонда		
		О	В	внутривенное введение жидкостей и лекарственных средств		
		О	Г	очистительные клизмы		
292	ПК-1	В		ГЛАВНОЕ СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ТРАНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ	В	Анестезиология, реанимация, интенсивная терапия
		О	А	анафилактоидная реакция		
		О	Б	гипертермия		
		О	В	гемолиз		
		О	Г	судороги и потеря сознания		
293	ПК-1	В		НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПРИСТУПЕ СЕРДЕЧНОЙ АСТМЫ ПРИ АД 140/90 ММ РТ.СТ. ЭУФИЛЛИН И	Б	Госпитальная терапия
		О	А	фуросемид		

		О	Б	нитроглицерин		
		О	В	бета-блокатор		
		О	Г	морфин		
294	ПК-1	В		В РАЗВИТИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ГЛАВЕНСТВУЮЩАЯ РОЛЬ ПРИНАДЛЕЖИТ	Б	Госпитальная хирургия
		О	А	микроциркуляторным нарушениям		
		О	Б	аутоферментной агрессии		
		О	В	венозному стазу		
		О	Г	микробной флоре		
295	ПК-1	В		ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ	В	Госпитальная хирургия
		О	А	застой желчи		
		О	Б	бактериальное загрязнение желчного пузыря		
		О	В	обтурация шейки и пузырного протока камнем		
		О	Г	тромбоз пузырной артерии		
296	ПК-1	В		ПОКАЗАНИЕМ К ЭКСТРЕННОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЯЗВЕННОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ	А	Госпитальная хирургия
		О	А	продолжающееся кровотечение		
		О	Б	наличие язвы больших размеров		
		О	В	длительный язвенный анамнез		
		О	Г	наличие каллёзной язвы		
297	ПК-1	В		ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ АППЕНДЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ	В	Госпитальная хирургия
		О	А	серозный перитонит		
		О	Б	гнойный перитонит		
		О	В	плотный аппендикулярный инфильтрат		

		О	Г	рыхлый аппендикулярный инфильтрат		
298	ПК-1	В		ОСНОВНОЙ ОРГАН-МИШЕНЬ РЕПЕРфуЗИОННОГО СИНДРОМА («ТУРНИКЕТНОГО ШОКА»)	Б	Анестезиология, реанимация, интенсивная терапия
		О	А	головной мозг		
		О	Б	почки		
		О	В	сердце		
		О	Г	легкие		
299	ПК-1	В		НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА У МУЖЧИН ЯВЛЯЕТСЯ	В	Госпитальная хирургия
		О	А	травма живота		
		О	Б	хронический калькулезный холецистит		
		О	В	злоупотребление алкоголем		
		О	Г	цирроз печени		
300	ПК-1	В		РАЗВИТИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ НАЧИНАЕТСЯ С	А	Госпитальная хирургия
		О	А	слизистой червеобразного отростка		
		О	Б	мышечного слоя червеобразного отростка		
		О	В	серозного покрова червеобразного отростка		
		О	Г	купола слепой кишки		
301	ПК-1	В		ОСНОВНЫМ ОТЛИЧИЕМ ПЕРФОРАЦИИ ПОЛОГО ОРГАНА ОТ НАЧАЛЬНОГО ПЕРИОДА АБДОМИНАЛЬНОЙ ФОРМЫ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРИ ОБЪЕКТИВНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ	В	Госпитальная хирургия

		О	А	гипотония		
		О	Б	интенсивные боли в животе		
		О	В	исчезновение печеночной тупости при перкуссии		
		О	Г	тахикардия		
302	ПК-1	В		БОЛЬНОМУ С ГРУППОЙ КРОВИ АВ (IV) ПО ЖИЗНЕННЫМ ПОКАЗАНИЯМ НЕОБХОДИМО ПЕРЕЛИТЬ КРОВЬ, ОПРЕДЕЛЯТЬ РЕЗУС-ФАКТОР НЕТ ВРЕМЕНИ. ЕМУ СЛЕДУЕТ ПЕРЕЛИВАТЬ КРОВЬ	В	Анестезиология, реанимация, интенсивная терапия
		О	А	O(I) Rh–		
		О	Б	переливание кровезаменителей		
		О	В	AB(IV) Rh–		
		О	Г	AB(IV) Rh+		
303	ПК-1	В		ПРЕКРАЩЕНИЕ ФИЛЬТРАЦИИ И ОБРАЗОВАНИЕ ПЕРВИЧНОЙ МОЧИ ПРИ ШОКЕ ПРОИСХОДИТ ПРИ СРЕДНЕМ АРТЕРИАЛЬНОМ ДАВЛЕНИИ ____ ММ РТ.СТ.	Б	Анестезиология, реанимация, интенсивная терапия
		О	А	40		
		О	Б	60		
		О	В	70		
		О	Г	75		
304	ПК-1	В		К ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ НЕОТЛОЖНОГО НАЧАЛА ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ ОТНОСИТСЯ	А	Анестезиология, реанимация, интенсивная терапия
		О	А	K ⁺ выше 6,0 и/или гипергидратация (отек легких)		
		О	Б	K ⁺ выше 6,0 и/или мочевины более 30 ммоль/л		
		О	В	K ⁺ выше 6,0 и/или креатинина более 400 мкмоль/л		

		О	Г	анурия в течение 24 часов		
305	ПК-1	В		ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ, БЛАГОДАРЯ ЦЕНТРАЛИЗАЦИИ КРОВООБРАЩЕНИЯ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПОДДЕРЖИВАЕТСЯ КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ	Б	Анестезиология, реанимация, интенсивная терапия
		О	А	почек		
		О	Б	головного мозга		
		О	В	кишечника		
		О	Г	печени		
306	ПК-1	В		НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫЙ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕГОЧНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ	Б	Анестезиология, реанимация, интенсивная терапия
		О	А	определение рН крови		
		О	Б	оксиметрия и капнометрия		
		О	В	спирометрия		
		О	Г	рентгенография грудной клетки		
307	ПК-1	В		ПРИ ЯЗВЕ РОГОВИЦЫ С УГРОЗОЙ ПРОБОДЕНИЯ ПОКАЗАНО	Г	Офтальмология
		О	А	динамическое наблюдение		
		О	Б	консервативное лечение		
		О	В	хирургическое лечение в плановом порядке		
		О	Г	срочное хирургическое лечение		
308	ПК-1	В		ОСНОВНОЙ ФАКТОР, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ ОСМОТИЧЕСКОЕ ДАВЛЕНИЕ ПЛАЗМЫ И ИНТЕРСТИЦИИ	Б	Анестезиология, реанимация, интенсивная терапия
		О	А	калий		
		О	Б	натрий		
		О	В	альбумин		
		О	Г	глобулин		

309	ПК-1	В		ПЕРВИЧНАЯ ЭНУКЛЕАЦИЯ В ХОДЕ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ ПРОВОДИТСЯ	А	Офтальмология
		О	А	не должна		
		О	Б	при размождении глазного яблока		
		О	В	для предупреждения симпатического воспаления		
		О	Г	при сквозном ранении глазного яблока		
310	ПК-2	В		ПЕРИОД КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСХОДНОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА МОЖЕТ ПРОДОЛЖАТЬСЯ	А	Анестезиология, реанимация, интенсивная терапия
		О	А	4-7 мин		
		О	Б	15-20 мин		
		О	В	до 1 часа		
		О	Г	до 2-3 часов		
311	ПК-2	В		ЧАСТОТА КОМПРЕССИЙ В МИНУТУ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ _____ В МИН	Б	Анестезиология, реанимация, интенсивная терапия
		О	А	120-140		
		О	Б	100-120		
		О	В	80-100		
		О	Г	60-80		
312	ПК-2	В		РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ У ВЗРОСЛЫХ НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ С	Б	Анестезиология, реанимация, интенсивная терапия
		О	А	прекардального удара		
		О	Б	непрямого массажа сердца		
		О	В	дыхания рот в рот		
		О	Г	приема Геймлиха		

313	ПК-2	В		АСФИКСИЯ ЗАВЕРШАЕТСЯ СМЕРТЬЮ В ТЕЧЕНИЕ МИНУТ	А	Анестезиология, реанимация, интенсивная терапия
		О	А	4-6		
		О	Б	8-10		
		О	В	10-15		
		О	Г	30		
314	ПК-2	В		ОСЛОЖНЕНИЕ, ТИПИЧНОЕ ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ ВНУТРИВЕННОГО НАРКОЗА	Г	Анестезиология, реаниматология, интенсивная терапия
		О	А	судорожный синдром		
		О	Б	артериальная гипертензия		
		О	В	артериальная гипотензия		
		О	Г	апноэ		
315	ПК-2	В		РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ У ВЗРОСЛОГО ДОЛЖНЫ ПРОДОЛЖАТЬСЯ НЕ МЕНЕЕ ____ МИНУТ	В	Анестезиология, реаниматология, интенсивная терапия
		О	А	15		
		О	Б	20		
		О	В	30		
		О	Г	60		
316	ПК-2	В		ПРИ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЕ РЕГИДРАТАЦИЮ НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ С	Б	Анестезиология, реаниматологи, интенсивная терапия
		О	А	гипотонического раствора хлорида натрия		
		О	Б	изотонического раствора хлорида натрия		
		О	В	гипотонического раствора глюкозы		
		О	Г	изотонического раствора глюкозы		
317	ПК-2	В		В КАЧЕСТВЕ ВВОДНОГО НАРКОЗА ПРИ НЕОТЛОЖНОЙ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНОГО СО ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ	В	Анестезиология и реаниматология

				КРОВОПОТЕРЕЙ И СНИЖЕННЫМ АД СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ		
		О	А	тиопентал натрия		
		О	Б	оксибутират натрия		
		О	В	кетамин		
		О	Г	гексенал		
318	ПК-2	В		ПИЕМИЧЕСКИЙ СЕПСИС - ЭТО ФОРМА СЕПСИСА С	Б	Анестезиология и реаниматология
		О	А	множественными первичными очагами		
		О	Б	образованием гнойных метастазов		
		О	В	прогрессирующей токсемией		
		О	Г	нарушениями углеводного обмена		
		О	А	миелобласты		
		О	Б	гигантские зрелые лейкоциты		
		О	В	плазмобласты		
		О	Г	плазматические клетки		
338	ПК-3	В		НАРУШЕНИЕ РЕЧИ, ВОЗНИКАЮЩЕЕ ПРИ ПОРАЖЕНИИ КОРКОВЫХ РЕЧЕВЫХ ЦЕНТРОВ НАЗЫВАЕТСЯ	Б	Неврология, нейрохирургия, медицинская генетика
		О	А	афония		
		О	Б	афазия		
		О	В	анартрия		
		О	Г	мутизм		
339	ПК-3	В		ТИП НАСЛЕДОВАНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК	А	Неврология, нейрохирургия, медицинская генетика
		О	А	аутосомно-рецессивный		
		О	Б	аутосомно-доминантный		
		О	В	рецессивный, сцепленный с полом (через X-хромосому)		

		О	Г	доминантный, сцепленный с полом (через X-хромосому)		
340	ПК-3	В		БЕСПЛОДИЕ – ЭТО	Г	Акушерство и гинекология
		О	А	нарушение репродуктивной функции		
		О	Б	заболевание, характеризующееся невозможностью достичь клинической беременности после 24 месяцев регулярной половой жизни без контрацепции		
		О	В	заболевание, характеризующееся невозможностью достичь клинической беременности после 6 месяцев регулярной половой жизни без контрацепции		
		О	Г	заболевание, характеризующееся невозможностью достичь клинической беременности после 12 месяцев регулярной половой жизни без контрацепции		
341	ПК-3	В		ПЕРВЫМ ОБСЛЕДОВАНИЕМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПРИЧИН АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ:	А	Акушерство и гинекология
		О	А	определение уровня ХГЧ		
		О	Б	УЗИ		
		О	В	гормональный скрининг		
		О	Г	кольпоскопия		
342	ПК-3	В		ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ	В	Акушерство и гинекология
		О	А	острый эндометрит		
		О	Б	наличие родственников первой линии родства с раком молочной железы		
		О	В	наличие рака молочной железы		

		О	Г	рак шейки матки		
343	ПК-3	В		ТЕСТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ В ГИНЕКОЛОГИИ ХАРАКТЕРИЗУЮТ	Б	Акушерство и гинекология
		О	А	характер воспалительного процесса придатков матки		
		О	Б	гормональную функцию яичников		
		О	В	состояния шейки матки		
		О	Г	состояния тела матки		
	ПК-3	В	068	ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА	В	Акушерство и гинекология
		О	А	повышение температуры		
		О	Б	обильные бели		
		О	В	дисменорея		
		О	Г	ознобы		
344	ПК-3	В		НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ	Г	Акушерство и гинекология
		О	А	осмотр шейки матки на зеркалах		
		О	Б	расширенная кольпоскопия		
		О	В	гистероскопия		
		О	Г	биопсия шейки матки		
345	ПК-3	В		ДЛЯ АНОВУЛЯТОРНЫХ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ (АМК-О) ХАРАКТЕРНЫ ИЗМЕНЕНИЯ В ЯИЧНИКАХ	А	Акушерство и гинекология
		О	А	персистенция и атрезия фолликула		
		О	Б	персистенция желтого тела		
		О	В	атрезия желтого тела		
		О	Г	овуляция		

346	ПК-3	В		ДЛЯ КАКИХ НОЗОЛОГИЙ РАЗРАБОТАНЫ ЭФФЕКТИВНЫЕ СКРИНИНГОВЫЕ ПРОГРАММЫ	В	Акушерство и гинекология
		О	А	рак молочной железы и рак тела матки		
		О	Б	рак яичника		
		О	В	рак молочной железы и рак шейки матки		
		О	Г	рак маточной трубы		
347	ПК-3	В		ФАКТОРЫ, СНИЖАЮЩИЕ РИСК РАКА ЯИЧНИКОВ	Б	Акушерство и гинекология
		О	А	многодетность, гистерэктомия в анамнезе, хирургическая стерилизация или двусторонняя тубэктомия, двусторонняя аднексэктомия		
		О	Б	многодетность, гистерэктомия в анамнезе, хирургическая стерилизация или двусторонняя тубэктомия, двусторонняя аднексэктомия, прием комбинированных оральных контрацептивов		
		О	В	многодетность, гистерэктомия в анамнезе, хирургическая стерилизация или двусторонняя тубэктомия, односторонняя аднексэктомия, прием КОК		
		О	Г	многодетность, гистерэктомия в анамнезе, хирургическая стерилизация или двусторонняя тубэктомия, двусторонняя аднексэктомия, менопаузальная гормональная терапия		
348	ПК-3	В		ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ	Б	Акушерство и гинекология
		О	А	ЦМВ		
		О	Б	ВПЧ		
		О	В	ВИЧ		
		О	Г	курение		

349	ПК-3	В		ПОСЛЕРОДОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ – ЭТО КРОВОПОТЕРЯ ПРИ ВАГИНАЛЬНЫХ РОДАХ	Б	
		О	А	>500 мл		
		О	Б	≥500 мл		
		О	В	>700 мл		
		О	Г	>800 мл		
350	ПК-3	В		НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПОСЛЕРОДОВОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ		
		О	А	гипотония матки	А	
		О	Б	плотное прикрепление плаценты		
		О	В	врастание плаценты		
		О	Г	нарушение свертываемости крови		
351	ПК-3	В		ТЯЖЕЛАЯ ПРЕЭКЛАМПСИЯ ДОЛЖНА БЫТЬ ДИАГНОСТИРОВАНА ПРИ	Г	
		О	А	повышении АД 140/90 мм рт ст		
		О	Б	повышении АД 150/100 мм рт ст		
		О	В	суточной потере белка 3г		
		О	Г	повышении АД и количестве тромбоцитов $< 50 \times 10^9/\text{л}$		
352	ПК-3	В		СКРИНИНГ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ РЕКОМЕНДОВАН У ЖЕНЩИН В ВОЗРАСТЕ	А	
		О	А	21-65 лет		
		О	Б	30-65 лет		
		О	В	40-75 лет		
		О	Г	25-65 лет		
353	ПК-3	В		КЛАССИФИКАЦИЯ FIGO (2012) ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ	В	

				ОРГАНИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ АМК		
		О	А	полип, коагулопатия, гиперплазия, лейомиома		
		О	Б	овуляторная дисфункция, коагулопатия, гиперплазия, ятрогенные факторы		
		О	В	полип, аденомиоз, лейомиома, малигнизация и/или гиперплазия		
		О	Г	полип, аденомиоз, эндометриальные и овуляторный дисфункции		
354	ПК-3	В		ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРПЛАЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ	Б	
		О	А	гистероскопия		
		О	Б	биопсия эндометрия		
		О	В	УЗИ органов малого таза		
		О	Г	раздельное диагностическое выскабливание		
355	ПК-3	В		МЕТОДОМ СКРИНИНГА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ	А	
		О	А	маммография		
		О	Б	УЗИ молочных желез		
		О	В	МРТ молочных желез		
		О	Г	биопсия молочной железы		
356	ПК-3	В		НОРМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА	А	
		О	А	24-38 дней		
		О	Б	28-32 дня		
		О	В	25-28 дней		
		О	Г	21-35 дней		

357	ПК-3	В		ПРИЧИНОЙ АНОМАЛЬНЫХ (СТРУКТУРНЫХ) МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧНИЙ МОЖЕТ БЫТЬ	Б	
		О	А	овуляторная дисфункция		
		О	Б	полип эндометрия		
		О	В	коагулопатия		
		О	Г	нарушение функции эндометрия		
358	ПК-3	В		К ПЕРВИЧНОЙ ЯИЧНИКОВОЙ АМЕНОРЕЕ ОТНОСЯТ	Б	
		О	А	синдром поликистозных яичников		
		О	Б	синдром Свайера		
		О	В	синдром Каллмана		
		О	Г	синдром Шихана		
359	ПК-3	В		ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ	Б	Акушерство и гинекология
		О	А	ЦМВ		
		О	Б	ВПЧ		
		О	В	ВИЧ		
		О	Г	курение		
360	ПК-3	В		КОЛЬПОСКОПИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ ПАТОЛОГИЮ	А	Акушерство и гинекология
		О	А	эктоцервикса		
		О	Б	эндоцервикса		
		О	В	бартолиниевой железы		
		О	Г	слизистой уретры		
361	ПК-3	В		КАКОЙ ИЗ МЕТОДОВ ИМЕЕТ ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ЦЕННОСТЬ ПРИ МИОМЕ МАТКИ M0-2 FIGO?	В	Акушерство и гинекология

		О	А	осмотр с помощью зеркал		
		О	Б	зондирование полости матки		
		О	В	гистероскопия		
		О	Г	бимануальное исследование		
362	ПК-3	В		ХОРИОНИЧЕСКИЙ ГОНАДОТРОПИН ПРОДУЦИРУЕТСЯ	В	Акушерство и гинекология
		О	А	надпочечником		
		О	Б	гранулезными клетками яичника		
		О	В	ворсинами хориона		
		О	Г	желтым телом		
363	ПК-3	В		БОЛЕЗНЕННАЯ МЕНСТРУАЦИЯ НАЗЫВАЕТСЯ	А	Акушерство и гинекология
		О	А	дисменорея		
		О	Б	пройоменорея		
		О	В	олигоменорея		
		О	Г	гиперменорея		
364	ПК-3	В		РАК ЯИЧНИКА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ МЕТАСТАЗИРУЕТ В _____ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ	Г	Акушерство и гинекология
		О	А	паховые		
		О	Б	подчревные		
		О	В	обтураторные		
		О	Г	парааортальные		
365	ПК-3	В		НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ СУБМУКОЗНОЙ МИОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ	В	Акушерство и гинекология
		О	А	нарушение функции смежных органов		
		О	Б	бели		
		О	В	аномальное маточное кровотечение		

		О	Г	бесплодие		
366	ПК-3	В		ВЕДУЩИМ МЕТОДОМ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА ЯВЛЯЕТСЯ	А	Акушерство и гинекология
		О	А	ультразвуковое исследование		
		О	Б	лапароскопия		
		О	В	гистероскопия		
		О	Г	кольпоскопия		
367	ПК-3	В		ПЕРВИЧНАЯ АМЕНОРЕЯ - ЭТО	Б	Акушерство и гинекология
		О	А	отсутствие менструации до 16 лет при наличии вторичных половых признаков		
		О	Б	отсутствие менструации к 15 годам при условии развития вторичных половых признаков		
		О	В	отсутствие менструации до 14 лет		
		О	Г	отсутствие менструации до 17 лет независимо от наличия вторичных половых признаков		
378	ПК-3	В	064	МИНИМАЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНРОВ МАЛОГО ТАЗА	Б	Акушерство и гинекология
		О	А	болезненность при пальпации нижней части живота		
		О	Б	болезненность при пальпации нижней части живота, болезненность в области придатков, болезненные тракции шейки матки		
		О	В	болезненность при пальпации нижней части живота, болезненные тракции шейки матки, температура тела выше 37,3 °С		
		О	Г	болезненность при пальпации нижней части живота, температура тела выше 37,3 °С		

379	ПК-3	В		НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ХОРИОКАРЦИНОМА ВОЗНИКАЕТ ПОСЛЕ	Б	Акушерство и гинекология
		О	А	аборта		
		О	Б	пузырного заноса		
		О	В	срочных родов		
		О	Г	преждевременных родов		
380	ПК-3	В		ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗЕ ВЛАГАЛИЩНОЙ ЧАСТИ ШЕЙКИ МАТКИ ВЕДУЩИМ СИМПТОМ ЯВЛЯЕТСЯ	Б	Акушерство и гинекология
		О	А	прогрессирующие циклические боли		
		О	Б	кровомазание до и после менструации		
		О	В	упорные бели		
		О	Г	бесплодие		
381	ПК-3	В		«ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» В ДИАГНОСТИКЕ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА ЯВЛЯЕТСЯ	Г	Акушерство и гинекология
		О	А	СА-125		
		О	Б	УЗИ		
		О	В	МРТ		
		О	Г	лапароскопия с биопсией очагов эндометриоза		
382	ПК-3	В		ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ НОРМАЛЬНОГО МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА СОСТАВЛЯЕТ ____ ДНЕЙ	В	Акушерство и гинекология
		О	А	14-15		
		О	Б	15-21		
		О	В	24-38		
		О	Г	35-40		

383	ПК-3	В		ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ ФАКТОРОМ РИСКА РАКА ЯИЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ	В	Акушерство и гинекология
		О	А	прием комбинированных оральных контрацептивов		
		О	Б	фолликулярная киста яичника		
		О	В	стимуляция овуляции в анамнезе		
		О	Г	дефицит массы тела		
384	ПК-3	В		У БОЛЬНОГО ВЫЯВЛЕНЫ АСИММЕТРИЧНЫЙ АРТРИТ СУСТАВОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, АХИЛЛОДИНИЯ, ОДНОСТОРОННИЙ САКРОИЛЕИТ. СЛЕДУЕТ ПРЕДПОЛОЖИТЬ	Г	Госпитальная терапия
		О	А	подагра		
		О	Б	ревматоидный артрит		
		О	В	анкилозирующий спондилит		
		О	Г	серонегативный спондилоартрит		
385	ПК-3	В		Узелки Гебердена локализуются в	В	Госпитальная терапия
		О	А	проксимальных межфаланговых суставах на тыльно-срединных или тыльно-боковых поверхностях		
		О	Б	проксимальных межфаланговых суставах на ладонных поверхностях		
		О	В	дистальных межфаланговых суставах на тыльно-срединных или тыльно-боковых поверхностях		
		О	Г	дистальных межфаланговых суставах на ладонных поверхностях		
386	ПК-3	В		ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ РЕВМАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ РАЗВИВАЕТСЯ ЧЕРЕЗ	Б	Госпитальная терапия
		О	А	3-4 дня		

		О	Б	2-3 нед		
		О	В	4-5 мес		
		О	Г	1-2 года		
387	ПК-3	В		Для ревматоидного артрита характерно	А	Госпитальная терапия
		О	А	артрит 2,3 проксимальных суставов кисти, положительный тест «сжатия», утренняя скованность		
		О	Б	острые атаки артрита 1 плюсне-фалангового сустава, артрит 2, 3 проксимальных суставов кисти, положительный тест «сжатия»		
		О	В	ахиллодиния, острые атаки артрита 1 плюсне-фалангового сустава, артрит 2, 3 проксимальных суставов кисти		
		О	Г	острые атаки артрита 1 плюсне-фалангового сустава, артрит 2, 3 проксимальных суставов кисти, положительный тест «сжатия»		
						Госпитальная терапия
388	ПК-3	В		Для подтверждения анкилозирующего спондилоартрита требуется провести рентгенографию	Г	Госпитальная терапия
		О	А	локтевых суставов		
		О	Б	суставов кистей		
		О	В	коленных суставов		
		О	Г	крестцово-подвздошных сочленений		
389	ПК-3	В		ДЛЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ КОЖИ ПО ТИПУ	В	Госпитальная терапия
		О	А	папулезно-пустулезной сыпи		
		О	Б	чешуйчатого лишая		
		О	В	эритемы «бабочки»		
		О	Г	кольцевидной эритемы		

390	ПК-3	В		ТИПИЧНЫМИ ДЛЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ЯВЛЯЮТСЯ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ:	А	Госпитальная терапия
		О	А	анемия гемолитическая, лейкопения		
		О	Б	анемия железодефицитная, лейкоцитоз		
		О	В	анемия В12-дефицитная, тромбоцитоз		
		О	Г	эритроцитоз, тромбоцитоз		
391	ПК-3	В		ЖЕЛЕОБРАЗНАЯ МОКРОТА С ЗАПАХОМ ПРИГОРЕЛОГО МЯСА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ	В	Госпитальная терапия
		О	А	хламидией		
		О	Б	легионеллой		
		О	В	клебсиеллой		
		О	Г	стрептококком		
392	ПК-3	В		СПИРАЛИ КУРШМАНА ПОЯВЛЯЮТСЯ В МОКРОТЕ ПРИ	Г	Госпитальная терапия
		О	А	хроническом бронхите		
		О	Б	пневмонии		
		О	В	абсцессе легкого		
		О	Г	бронхиальной астме		
393	ПК-3	В		Основное патогенетическое значение в развитии инволютивной эмфиземы легких имеет	А	Госпитальная терапия
		О	А	деградация эластической ткани легкого		
		О	Б	дефицит $\alpha 1$ -антитрипсина		
		О	В	хронические болезни бронхолегочного аппарата		
		О	Г	функциональное перенапряжение аппарата дыхания		

394	ПК-3	В		Женщина 30 лет с ожирение 1 стЕПЕНИ периодически отмечает жажду. ГЛЮКОЗА крови натощак 5,1 ммоль/л. Для уточнения диагноза необходимо провести исследование	В	Госпитальная терапия
		О	А	гликозилированного гемоглобина		
		О	Б	суточной глюкозурии		
		О	В	пероральный тест толерантности к глюкозе		
		О	Г	исследование глюкозы в случайное время дня		
395	ПК-3	В		Отсутствие ганглиозных клеток в межмышечном нервном сплетении прямой кишки скорее всего проявится	А	Госпитальная терапия
		О	А	запорами		
		О	Б	стулом с большим количеством слизи		
		О	В	кровотечением		
		О	Г	недержанием кала		
396	ПК-3	В		При гипертиреозе на фоне ДИФФУЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА уровень тиреотропного гормона (ТТГ) в крови	Б	Госпитальная терапия
		О	А	повышен		
		О	Б	понижен		
		О	В	не изменен		
		О	Г	отсутствует		
397	ПК-3	В		Метод исследования внепеченочных желчных путей при отсутствии желтухи	В	Госпитальная терапия
		О	А	УЗИ органов брюшной полости		
		О	Б	ретроградная холангиопанкреатография		
		О	В	внутривенная холангиография		
		О	Г	чрезкожная чрезпеченочная холангиография		

398	ПК-3	В		ПРИ СКЛЕРОДЕРМИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОВРЕЖДАЕТСЯ	А	Госпитальная терапия
		О	А	пищевод		
		О	Б	двенадцатиперстная кишка		
		О	В	тонкая кишка		
		О	Г	толстая кишка		
399	ПК-3	В		ДЛЯ ХЛАМИДИЙНОГО АРТРИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ПРИЗНАКИ	Г	Госпитальная терапия
		О	А	полиартрит, рецидивирующий иридоциклит, положительный ревматоидный фактор		
		О	Б	симметричное поражение мелких суставов кистей (часто), кератодермия, положительный ревматоидный фактор (часто)		
		О	В	поражение мелких суставов кистей и стоп (часто), рецидивирующий увеит, гнойный дерматит		
		О	Г	односторонний сакроилеит, конъюнктивит, уретрит, кератодермия		
400	ПК-3	В		«МАРКЕРОМ» ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ПРИ ЛАПАРОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ	В	Госпитальная терапия
		О	А	геморрагический выпот		
		О	Б	налет фибрина на брюшине		
		О	В	расширенные петли кишечника		
		О	Г	отек круглой связки печени		
401	ПК-3	В		НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА ЯВЛЯЕТСЯ	Б	Госпитальная терапия
		О	А	катаральный		
		О	Б	флегмонозный		

		О	В	гангренозный		
		О	Г	перфоративный		
402	ПК-3	В		ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ СТАДИИ ХБП У БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НЕОБХОДИМО ИССЛЕДОВАНИЕ	В	Госпитальная терапия
		О	А	протеинурии в суточной моче		
		О	Б	креатинина, мочевины в крови		
		О	В	скорости клубочковой фильтрации		
		О	Г	осадка мочи		
403	ПК-3	В		К ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ СОСУДОВ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ОТНОСИТСЯ	А	Госпитальная терапия
		О	А	склероз артериол		
		О	Б	петлистый артериальный тромбоз		
		О	В	синдром Лериша		
		О	Г	тромбоз бедренной артерии		
404	ПК-3	В		ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ СИНДРОМА ЖИЛЬБЕРА ПРОВОДИТСЯ	А	Госпитальная терапия
		О	А	проба с фенobarбиталом		
		О	Б	проба с нитроглицерином		
		О	В	сцинтиграфия печени		
		О	Г	пункционная биопсия печени		
405	ПК-3	В		НАЛИЧИЕ СУДОРОГ, ПАРЕСТЕЗИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНОГО С АГ ТРЕБУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ	Г	Госпитальная терапия
		О	А	феохромоцитому		
		О	Б	тиреотоксикоз		
		О	В	гипотиреоз		
		О	Г	синдром Кона		

406	ПК-3	В		ПРИ ПОРТАЛЬНОМ БЛОКЕ НА УРОВНЕ ПЕЧЕНОЧНЫХ ВЕН НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО	А	Госпитальная хирургия
		О	А	увеличение и болезненность печени, ранее появление асцита, отёки		
		О	Б	увеличение и болезненность печени, позднее появление асцита, отёки		
		О	В	ранее появление асцита, отёки, выраженная спленомегалия		
		О	Г	увеличение и болезненность печени, позднее появление асцита, выраженная спленомегалия		
407	ПК-3	В	043	ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ ПОРТАЛЬНОГО БЛОКА СЛЕДУЕТ ПРИМЕНИТЬ	В	Госпитальная хирургия
		О	А	ЭГДС		
		О	Б	эндоскопическую ретроградную холангиографию		
		О	В	УЗИ с доплеровским картированием		
		О	Г	лапароскопию		
408	ПК-3	В		ОСОБЕННОСТИ БОЛЕЙ ПРИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	Г	Госпитальная хирургия
		О	А	связаны со вздутием живота		
		О	Б	постоянные ноющие		
		О	В	постоянные интенсивные		
		О	Г	схваткообразные, чередующиеся с безболевыми промежутками		
409	ПК-3	В		НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ПЕРИТОНИТА ЯВЛЯЕТСЯ	В	Госпитальная хирургия
		О	А	рвота		
		О	Б	боли в животе		
		О	В	напряжение мышц передней брюшной стенки		
		О	Г	анурия		

410	ПК-3	В		НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ЯВЛЯЕТСЯ НАРУШЕНИЕ	Б	Госпитальная хирургия
		О	А	артериального кровообращения		
		О	Б	венозного кровообращения		
		О	В	лимфообращения		
		О	Г	водно-электролитного обмена		
411	ПК-3	В		ДОСТОВЕРНЫМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ	Г	Госпитальная хирургия
		О	А	пневматизация кишечника		
		О	Б	наличие желудочного содержимого в брюшной полости		
		О	В	отек большого сальника		
		О	Г	бляшки стеатонекроза на брюшине		
412	ПК-3	В		ИЛЕОЦЕКАЛЬНАЯ ИНВАГИНАЦИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ У	А	Госпитальная хирургия
		О	А	детей		
		О	Б	женщин среднего возраста		
		О	В	мужчин среднего возраста		
		О	Г	пожилых людей		
413	ПК-3	В		ПРИ ЖЕЛТУХЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ИСКЛЮЧАЕТСЯ	Б	Госпитальная хирургия
		О	А	ретроградная холангиография		
		О	Б	внутривенная холангиография		
		О	В	чрезкожная чрезпечёночная антеградная холангиография		
		О	Г	УЗИ печени, желчного пузыря		
414	ПК-3	В		ГЕМОМРАГИЧЕСКИЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗ РАЗВИВАЕТСЯ В	А	Госпитальная

				РЕЗУЛЬТАТЕ		хирургия
		О	А	протеолитического некробиоза панкреоцитов под воздействием трипсина и других протеолитических ферментов		
		О	Б	воздействия эластазы на стенки венул и междольковые соединительнотканые перемычки		
		О	В	повреждающего действия на панкреоциты и интерстициальную жировую клетчатку липолитических ферментов		
		О	Г	спонтанного купирования аутолитических процессов и инволюции мелкоочагового панкреонекроза		
415	ПК-3	В		КРИТЕРИИ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ УЩЕМЛЕННОЙ КИШКИ	Г	Госпитальная хирургия
		О	А	кишка не шире 4 см, без странгуляционных борозд		
		О	Б	кишка не имеет повреждений серозной оболочки		
		О	В	на кишке нет тёмных пятен		
		О	Г	кишка розовая, перистальтирует, сосуды брыжейки пульсируют		
416	ПК-3	В		ОСНОВНАЯ ОПАСНОСТЬ ПРИ ГНОЙНОМ ХОЛАНГИТЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В РАЗВИТИИ	А	Госпитальная хирургия
		О	А	абсцессов печени		
		О	Б	механической желтухи		
		О	В	сепсиса		
		О	Г	печеночной недостаточности		
417	ПК-3	В		ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ГРЫЗУ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ ТРЕБУЕТСЯ ПРОВЕСТИ ИССЛЕДОВАНИЯ	Г	Госпитальная хирургия
		О	А	эзофагогастроскопия, ретроградная		

				холангиопанкреатография		
		О	Б	рентгеновское исследование желудка в положении Тренделенбурга, пищеводная рН-импедансометрия		
		О	В	эзофагогастроскопия, внутрижелудочная рН метрия		
		О	Г	эзофагогастроскопия, рентгеновское исследование желудка в положении Тренделенбурга		
418	ПК-3	В		БОЛЬНАЯ А. 27 ЛЕТ, ЖАЛОБЫ НА ЗАТРУДНЕНИЕ ПРОХОЖДЕНИЯ ЖИДКОЙ ПИЩИ ПО ПИЩЕВОДУ, РВОТУ, СЛЮНОТЕЧЕНИЕ ПО НОЧАМ. ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ	В	Госпитальная хирургия
		О	А	анализ крови общий и биохимический		
		О	Б	УЗИ органов брюшной полости		
		О	В	ЭГДС		
		О	Г	ирригоскопию		
419	ПК-3	В		АСЦИТ ПРИ НАДПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ	В	Госпитальная хирургия
		О	А	хорошо контролируется мочегонными, жидкость после удаления быстро накапливается		
		О	Б	хорошо контролируется мочегонными, жидкость после удаления долго не накапливается		
		О	В	рефрактерен к мочегонным, жидкость после удаления быстро накапливается		
		О	Г	рефрактерен к мочегонным, жидкость после удаления долго не накапливается		
420	ПК-3	В		ТИПИЧНАЯ ИРРАДИАЦИЯ БОЛИ ПРИ ЖЕЛЧНОЙ КОЛИКЕ В	Г	Госпитальная хирургия
		О	А	подлопаточную область, за грудину		

		О	Б	подлопаточную область, поясничную область		
		О	В	надплечье, подлопаточную область		
		О	Г	надплечье, прекардиальную область		
421	ПК-3	В		ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ РЕТРОГРАДНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛАНГИОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ	А	Госпитальная хирургия
		О	А	острый панкреатит		
		О	Б	хронический панкреатит		
		О	В	наличие конкрементов в панкреатических протоках		
		О	Г	холедохолитиаз		
422	ПК-3	В		БОЛИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ НОСЯТ ХАРАКТЕР	Г	Госпитальная хирургия
		О	А	тупых, постоянных		
		О	Б	«кинжальных»		
		О	В	без четкой локализации		
		О	Г	опоясывающих		
423	ПК-3	В		ПРИЗНАКИ РАСКРЫТИЯ ПОРТОКАВАЛЬНЫХ АНАСТОМОЗОВ ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ: РАСШИРЕНИЕ ВЕН ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ, СОСУДИСТЫЕ ЗВЕЗДОЧКИ И	Г	Госпитальная хирургия
		О	А	геморрой		
		О	Б	варикозное расширение вен нижних конечностей		
		О	В	геморрагическая сыпь на коже		
		О	Г	расширение вен пищевода и кардиального отдела желудка		
423	ПК-3	В		ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РЕТРОГРАДНАЯ	А	Госпитальная хирургия

				ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИЯ ПОКАЗАНА ПРИ		
		О	А	вентильном камне холедоха		
		О	Б	любом холедохолитиазе		
		О	В	остром холецистите		
		О	Г	холангите		
424	ПК-3	В		К ОСЛОЖНЕНИЯМ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОТНОСЯТСЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ И	А	Госпитальная хирургия
		О	А	стеноз БДС, холангит		
		О	Б	первичный билиарный цирроз, холангит		
		О	В	стеноз БДС, первичный склерозирующий холангит		
		О	Г	стеноз БДС, первичный билиарный цирроз		
425	ПК-3	В		СПОНТАННЫЙ ПНЕВМОТОРАКС ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЕТ ПРИ	Г	Госпитальная хирургия
		О	А	абсцессе легкого		
		О	Б	раке легкого с распадом		
		О	В	кавернозном туберкулезе легких		
		О	Г	буллезной болезни легких		
426	ПК-3	В		ХРОНИЧЕСКАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ИШЕМИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ II СТЕПЕНИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ	А	Госпитальная хирургия
		О	А	облысением конечности, деформацией ногтей, атрофией кожи		
		О	Б	облысением конечности, деформацией ногтей, пигментацией кожи		
		О	В	деформацией ногтей, атрофией и пигментацией кожи		
		О	Г	деформацией ногтей, пигментацией кожи, трофической язвой кожи		

427	ПК-3	В		КРОВООБРАЩЕНИЕ СОХРАНЕНО В БРЫЖЕЕЧНЫХ СОСУДАХ ПРИ	Г	Госпитальная хирургия
		О	А	завороте		
		О	Б	инвагинации		
		О	В	ущемлении		
		О	Г	обтурации		
428	ПК-3	В		ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕОБРАТИМЫЕ ТРОФИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ РАНЕЕ ВСЕГО РАЗВИВАЮТСЯ В	Г	Госпитальная хирургия
		О	А	паховой области		
		О	Б	подколенной ямке		
		О	В	области нижней трети голени		
		О	Г	области стопы		
429	ПК-3	В		СИНДРОМ МАЛЛОРИ-ВЕЙСА ЭТО	Б	Госпитальная хирургия
		О	А	аррозивный полипоз кардии		
		О	Б	разрыв слизистой пищеводно-желудочного перехода		
		О	В	геморрагический гастрит		
		О	Г	разрыв слизистой тела желудка		
430	ПК-3	В		ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО РАСШИРЕНИЕ ВЕН	А	Госпитальная хирургия
		О	А	пищевода, кардиального отдела и дна желудка		
		О	Б	кардиального, антрального отделов и дна желудка		
		О	В	кардиального отдела и дна желудка, луковицы двенадцатиперстной кишки		
		О	Г	пищевода, дна и тела желудка		

431	ПК-3	В		ТРОФИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ РАНЬШЕ ВСЕГО РАЗВИВАЮТСЯ В	В	Госпитальная хирургия
		О	А	паховой области		
		О	Б	подколенной ямке		
		О	В	области нижней трети голени		
		О	Г	в области стопы		
432	ПК-3	В		ПРИ РЕЦИДИВЕ ЯЗВЕННОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПОКАЗАНО	А	Госпитальная хирургия
		О	А	экстренная операция		
		О	Б	интенсивная консервативная терапия		
		О	В	повторная эндоскопическая гемостатическая терапия		
		О	Г	эндоваскулярная селективная гемостатическая терапия		
433	ПК-3	В		ТАКТИКА ПРИ УЩЕМЛЕНИИ ГРЫЖИ У ПОЖИЛОГО БОЛЬНОГО, НЕДАВНО ПЕРЕНЕСШЕГО ИНФАРКТ МИОКАРДА	Б	Госпитальная хирургия
		О	А	вправление грыжи		
		О	Б	немедленная операция с одновременной кардиальной терапией		
		О	В	назначение анальгетиков и спазмолитиков		
		О	Г	проведение кардиальной терапии		
434	ПК-3	В		ПРИ САМОПРОИЗВОЛЬНОМ ВПРАВЛЕНИИ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ ТАКТИКА ХИРУРГА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ	В	Госпитальная хирургия
		О	А	лапаротомию с ревизией органов брюшной полости		
		О	Б	лапароскопию всем пациентам		

		О	В	наблюдение за больным в условиях стационара		
		О	Г	амбулаторное наблюдение		
435	ПК-3	В		ДЛЯ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЫ ХАРАКТЕРНО	Б	Госпитальная хирургия
		О	А	схваткообразные боли		
		О	Б	внезапное начало с резких болей в эпигастрии		
		О	В	постепенное нарастание болей		
		О	Г	слабость, головокружение		
436	ПК-3	В		ОСНОВНОЙ ПРИЧИННОЙ ДИАРЕИ ПОСЛЕ ВАГОТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ	В	Госпитальная хирургия
		О	А	желудочно-пищеводный рефлюкс		
		О	Б	дуодено-гастральный рефлюкс		
		О	В	ахлоргидрия		
		О	Г	ускоренная эвакуация из желудка или его культи		
437	ПК-3	В		К НАЧАЛЬНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСЯТСЯ	А	Госпитальная хирургия
		О	А	распирающие боли в ране		
		О	Б	пятна на коже бурой, желтой, синей окраски		
		О	В	появление на коже пузырей с геморрагическим содержимым		
		О	Г	выпирающие из раны мышцы серого цвета (цвет «вареного мяса»)		
438	ПК-3	В		ТИПИЧНЫЙ ОБЪЕКТИВНЫЙ ПРИЗНАК ПРИ СИНДРОМЕ ЛЕРИША	Б	Госпитальная хирургия
		О	А	цианоз, более выраженный на стороне поражения		
		О	Б	сухость кожи, выпадение волос на ногах,		

				дистрофия ногтей нижних конечностей		
		О	В	наличие расчесов на пораженной конечности		
		О	Г	отсутствие пульсации артерий на обеих нижних конечностях		
439	ПК-3	В		ТРОМБОЗ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИВОДИТ К ТРОМБОЭМБОЛИИ	В	Госпитальная хирургия
		О	А	сосудов мозга		
		О	Б	коронарных сосудов		
		О	В	легочной артерии		
		О	Г	артерий почек и печени		
440	ПК-3	В		Белый дермографизм характерен для	Г	Дерматовенерология
		О	А	дисгидротической экземы		
		О	Б	идиопатической экземы		
		О	В	микробной экземы		
		О	Г	атопического дерматита		
441	ПК-3	В		К поверхностным стафилококковым пустулам относят	Г	Дерматовенерология
		О	А	фликтена		
		О	Б	эктима		
		О	В	карбункул		
		О	Г	остиофолликулит		
442	ПК-3	В		К ПОВЕРХНОСТНЫМ СТРЕПТОКОККОВЫМ ПУСТУЛАМ ОТНОСИТСЯ	Б	Дерматовенерология
		О	А	фурункул		
		О	Б	фликтена		
		О	В	остиофолликулит		
		О	Г	везикулопустулёз		

443	ПК-3	В		Гиперергическое гнойное воспаление нескольких фолликулов, объединенных общим инфильтратом, характерно для	В	Дерматовенерология
		О	А	фликтены		
		О	Б	фурункула		
		О	В	карбункула		
		О	Г	шанкриформной пиодермии		
444	ПК-3	В		Гиперинсоляция провоцирует развитие	В	Дерматовенерология
		О	А	топического дерматита		
		О	Б	рубромикоза		
		О	В	системной красной волчанки		
		О	Г	контагиозного моллюска		
445	ПК-3	В		ГИПЕРИНСОЛЯЦИЯ ПРОВОЦИРУЕТ РАЗВИТИЕ	Б	Дерматовенерология
		О	А	топического дерматита		
		О	Б	дискоидной красной волчанки		
		О	В	контагиозного моллюска		
		О	Г	рубромикоза		
446	ПК-3	В		У НОВОРОЖДЕННОГО ОТМЕЧАЕТСЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ	А	Детские болезни
		О	А	гипертония мышц-сгибателей		
		О	Б	гипертония мышц-разгибателей		
		О	В	гипотония мышц-сгибателей		
		О	Г	нормотония мышц		
447	ПК-3	В		ДЛЯ НАЧАЛА МЕНИНГОКОККОВОГО МЕНИНГИТА ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ СИМПТОМОВ	Б	Инфекционные болезни

		О	А	постепенное начало, головная боль, рвота, жидкий стул		
		О	Б	быстрое повышение температуры, головная боль, рвота без болей в животе		
		О	В	высокая температура, рвота, боли в животе		
		О	Г	высокая температура, головная боль, нарушение зрения		
448	ПК-3	В		ДЛЯ МЕНИНГОКОКЦЕМИИ ХАРАКТЕРНА СЫПЬ	Б	Инфекционные болезни
		О	А	папулезная		
		О	Б	геморрагическая с некрозом		
		О	В	нодозная		
		О	Г	пятнистая		
449	ПК-3	В		ДЛЯ ГРИППА ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ СЛЕДУЮЩИХ ПРИЗНАКОВ	А	Инфекционные болезни
		О	А	острейшее начало болезни, выраженный лихорадочно-интоксикационный синдром, трахеит		
		О	Б	острое начало болезни, обильное отделяемое из носа, кашель		
		О	В	постепенное начало болезни, признаки ларингита		
		О	Г	постепенное начало, кашель, головная боль		
450	ПК-3	В		Для ДИЗЕНТЕРИИ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ ХАРАКТЕРНА ДИАРЕЯ И	В	Инфекционные болезни
		О	А	интоксикация, обезвоживание		
		О	Б	интоксикация, артралгии		
		О	В	интоксикация, спастический колит		
		О	Г	экзантема, катаральные изменения		

451	ПК-3	В		ДЛЯ БОТУЛИЗМА ХАРАКТЕРНО	Г	Инфекционные болезни
		О	А	высокая температура, частый жидкий стул		
		О	Б	высокая температура, нарушение сознания		
		О	В	судороги мышц, жидкий стул		
		О	Г	нарушение зрения, глотания		
452	ПК-3	В		Возбудителем сибирской язвы является	Б	Инфекционные болезни
		О	А	Bacteroides fragilis		
		О	Б	Bacillus anthracis		
		О	В	Corynebacterium diphtheriae		
		О	Г	Klebsiella pneumoniae		
453	ПК-3	В		Для гепатита А в остром периоде болезни характерны следующие серологические маркеры	Б	Инфекционные болезни
		О	А	HBsAg		
		О	Б	anti-HAV IgM		
		О	В	anti-Hbcor IgM		
		О	Г	anti-HCV IgM		
454	ПК-3	В		Основной мишенью ВИЧ являются	А	Инфекционные болезни
		О	А	Т-лимфоциты хелперы		
		О	Б	Т-лимфоциты киллеры		
		О	В	В-лимфоциты		
		О	Г	НК-лимфоциты		
455	ПК-3	В		ГЛАВНЫЙ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ВИРУСА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ	В	Инфекционные болезни
		О	А	блокирование синтеза антител		

		О	Б	истощение популяции Т-супрессоров		
		О	В	истощение популяции Т-хелперов		
		О	Г	резкое снижение фагоцитоза		
456	ПК-3	В		Вирус ГЕПАТИТА Д («Дельта») проявляет свои агрессивные свойства только в сочетании с	Б	Инфекционные болезни
		О	А	HAV		
		О	Б	HBV		
		О	В	HCV		
		О	Г	HGV		
457	ПК-3	В		НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ КРАСНУХИ ЯВЛЯЕТСЯ	В	Инфекционные болезни
		О	А	ангина		
		О	Б	геморрагическая сыпь		
		О	В	увеличение затылочных лимфатических узлов		
		О	Г	инспираторная одышка		
458	ПК-3	В		ДЛЯ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ ХАРАКТЕРНА ПОСТМИКРОСОМАЛЬНАЯ ЖЕЛТУХА, ЕЙ СООТВЕТСТВУЕТ ПОВЫШЕНИЕ ФРАКЦИЙ БИЛИРУБИНА	В	Инфекционные болезни
		О	А	преимущественно свободной		
		О	Б	преимущественно связанной		
		О	В	связанной и свободной с преобладанием связанной		
		О	Г	связанной и свободной в одинаковой мере		
459	ПК-3	В		экзотоксин играет Основную роль в развитии инфекционного процесса при инфекциях:	А	Инфекционные болезни

		О	А	столбняк, холера, ботулизм		
		О	Б	холера, гонорея, ботулизм		
		О	В	столбняк, холера, гонорея		
		О	Г	столбняк, дифтерия, гонорея		
460	ПК-3	В		НАИБОЛЕЕ короткий инкубационный период (от 30 мин до 2-10 часов) имеет пищевая токсикоинфекция	Б	Инфекционные болезни
		О	А	стрептококковая		
		О	Б	стафилококковая		
		О	В	эшерихиозная		
		О	Г	энтерококковая		
461	ПК-3	В		СПЕЦИФИЧЕСКИМ БИОХИМИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ НЕКРОЗА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ	В	Кардиология и ССХ
		О	А	АСТ		
		О	Б	креатинфосфокиназа		
		О	В	тропонин		
		О	Г	лактатдегидрогеназа		
462	ПК-3	В		СТРЕСС-ЭХО КАРДИОГРАФИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ	Г	Кардиология и ССХ
		О	А	перикардита		
		О	Б	кардиомиопатии		
		О	В	инфаркта миокарда		
		О	Г	ИБС		
463	ПК-3	В		ПОРАЖЕНИЕ КЛАПАНА СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С СУБФЕБРИЛИТЕТОМ, УВЕЛИЧЕНИЕМ СОЭ И ЭМБОЛИЯМИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ	Б	Кардиология и ССХ
		О	А	ревматического кардита		

		О	Б	инфекционного эндокардита		
		О	В	порока сердца		
		О	Г	миокардита		
464	ПК-3	В		В ПЕРВЫЕ 6-12 ЧАСОВ ИНФАРКТА МИОКАРДА НАБЛЮДАЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ	Б	Кардиология и ССХ
		О	А	лактатдегидрогеназы		
		О	Б	креатинфосфокиназы		
		О	В	аминотрансфераз		
		О	Г	щелочной фосфатазы		
465	ПК-3	В		МОЖЕТ БЫТЬ ВОЗБУДИТЕЛЕМ МИОКАРДИТА И ОБЛАДАЕТ НАИБОЛЬШЕЙ ТРОПНОСТЬЮ К МИОКАРДУ ВИРУС	Б	Кардиология и ССХ
		О	А	гриппа		
		О	Б	Коксаки		
		О	В	ЕСНО		
		О	Г	аденовирус		
466	ПК-3	В		ДЛЯ МИОКАРДИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ЖАЛОБЫ НА БОЛИ В ОБЛАСТИ СЕРДЦА И	В	Кардиология и ССХ
		О	А	головокружение, одышку		
		О	Б	одышку, асцит		
		О	В	сердцебиение, одышку		
		О	Г	сердцебиение, обмороки		
467	ПК-3	В		ПРИЧИНЫ ИЗОЛИРОВАННОГО ПОВЫШЕНИЯ СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ КАК САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ	Г	Кардиология и ССХ
		О	А	недостаточность аортального клапана		

		О	Б	тиреотоксикоз		
		О	В	гипотиреоз		
		О	Г	кальциноз аорты		
468	ПК-3	В		НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ ЭКГ-СИМПТОМОМ СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ	Б	Кардиология и ССХ
		О	А	желудочковая экстрасистолия после физической нагрузки		
		О	Б	депрессия сегмента ST возникающая при физической нагрузке		
		О	В	глубокий зубец Q в отведениях III и aVF		
		О	Г	отрицательные зубцы Т в отведениях V2-6		
469	ПК-3	В		МИТРАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ	Б	Кардиология и ССХ
		О	А	инфекционного эндокардита		
		О	Б	ревматического процесса		
		О	В	ревматоидного артрита		
		О	Г	системной красной волчанки		
470	ПК-3	В		ПРИ НАЛИЧИИ ХАРАКТЕРНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ КРУПНООЧАГОВОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ДОСТАТОЧНО ПРОВЕСТИ ИССЛЕДОВАНИЕ	А	Кардиология и ССХ
		О	А	ЭКГ с регистрацией патологического зубца Q и подъема сегмента ST		
		О	Б	коронароангиография		
		О	В	определение активности ферментов сыворотки крови в динамике		
		О	Г	эхокардиография		
471	ПК-3	В		В ПЕРВЫЕ 6-12 ЧАСОВ ИНФАРКТА МИОКАРДА НАБЛЮДАЕТСЯ	Б	Кардиология и ССХ

				ПОВЫШЕНИЕ		
		О	А	лактатдегидрогеназы		
		О	Б	креатинфосфокиназы		
		О	В	аминотрансфераз		
		О	Г	щелочной фосфатазы		
472	ПК-3	В		МОЖЕТ БЫТЬ ВОЗБУДИТЕЛЕМ МИОКАРДИТА И ОБЛАДАЕТ НАИБОЛЬШЕЙ ТРОПНОСТЬЮ К МИОКАРДУ ВИРУС	Б	Кардиология и ССХ
		О	А	гриппа		
		О	Б	Коксаки		
		О	В	ЕСНО		
		О	Г	аденовирус		
473	ПК-3	В		ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ	В	Кардиология и ССХ
		О	А	ТЭЛА		
		О	Б	асцит		
		О	В	сердечная астма		
		О	Г	бронхиальная астма		
474	ПК-3	В		ТИПИЧНЫМИ ЗОНАМИ КРОВОИЗЛИЯНИЙ В МОЗГ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ	Г	Кардиология и ССХ
		О	А	оболочки мозга		
		О	Б	мозжечок		
		О	В	продолговатый мозг		
		О	Г	желудочки и подкорковые ядра больших полушарий		
475	ПК-3	В		ДЛЯ МИОКАРДИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ЖАЛОБЫ НА БОЛИ В	В	Кардиология и ССХ

				ОБЛАСТИ СЕРДЦА И		
		О	А	головокружение, одышку		
		О	Б	одышку, асцит		
		О	В	сердцебиение, одышку		
		О	Г	сердцебиение, обмороки		
476	ПК-3	В		ПРИЧИНЫ ИЗОЛИРОВАННОГО ПОВЫШЕНИЯ СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ КАК САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ	Г	Кардиология и ССХ
		О	А	недостаточность аортального клапана		
		О	Б	тиреотоксикоз		
		О	В	гипотиреоз		
		О	Г	кальциноз аорты		
477	ПК-3	В		НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ ЭКГ-СИМПТОМОМ СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ	Б	Кардиология и ССХ
		О	А	желудочковая экстрасистолия после физической нагрузки		
		О	Б	депрессия сегмента ST возникающая при физической нагрузке		
		О	В	глубокий зубец Q в отведениях III и aVF		
		О	Г	отрицательные зубцы Т в отведениях V2-6		
478	ПК-3	В		МИТРАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ	Б	Кардиология и ССХ
		О	А	инфекционного эндокардита		
		О	Б	ревматического процесса		
		О	В	ревматоидного артрита		
		О	Г	системной красной волчанки		
479	ПК-3	В		ПРОВЕДЕНИЕ МАММОЛОГИЧЕСКОГО	Б	Лучевая диагностика

				СКРИНИНГА ПРЕДПОЛАГАЕТ		
		О	А	УЗИ и маммографию ежегодно у женщин 40-75 лет		
		О	Б	маммографию 1 раз в 2 года у женщин 40-75 лет		
		О	В	маммографию 1 раз в 2 года у женщин 50-65 лет		
		О	Г	маммографию ежегодно у женщин 30-69 лет		
480	ПК-3	В		Главная особенность рентгенологической картины эозинофильного инфильтрата	Г	Лучевая диагностика
		О	А	множественные участки просветления на фоне инфильтрации		
		О	Б	наличие множественных очагов обсеменения		
		О	В	локализация в верхних долях		
		О	Г	быстрая динамика рентгенологических симптомов		
481	ПК-3	В		Скользящие грыжи пищевода отверстия диафрагмы лучше выявляются при рентгенологическом исследовании в положении	Г	Лучевая диагностика
		О	А	стоя		
		О	Б	полусидя		
		О	В	лежа на боку		
		О	Г	Тренделенбурга		
482	ПК-3	В		ДЛЯ РЕНТГЕНКАРТИНЫ ДИВЕРТИКУЛА ЦЕНКЕРА ХАРАКТЕРНО	А	Лучевая диагностика
		О	А	локальное расширение стенки пищевода в шейном отделе		
		О	Б	«штопорообразный» вид пищевода		

		О	В	заброс бария в пищевод		
		О	Г	локальный спазм пищевода		
483	ПК-3	В		МЕЖПОЗВОНКОВЫЙ ДИСК, ОБРАЗОВАВШИЙ ДЕФЕКТ В ЗАМЫКАЮЩЕЙ ПЛАСТИНКЕ ПОЗВОНКА И ПРОЛАБИРОВАВШИЙ В ТЕЛО ПОЗВОНКА, ИЗВЕСТЕН КАК	Г	Неврология, нейрохирургия, медицинская генетика
		О	А	выпячивание (выпадение) ядра диска		
		О	Б	дегенеративный диск с костной шпорой		
		О	В	спондилолиз		
		О	Г	грыжа Шморля		
484	ПК-3	В		СИМПТОМОКОМПЛЕКС, ВКЛЮЧАЮЩИЙ ДИСФАГИЮ, ДИСФОНИЮ, ДИЗАРТРИЮ, НАЗОЛАЛИЮ, АТРОФИЮ ПОЛОВИНЫ ЯЗЫКА - ЭТО СИНДРОМ	А	Неврология, нейрохирургия, медицинская генетика
		О	А	бульбарный		
		О	Б	псевдобульбарный		
		О	В	альтернирующий		
		О	Г	менингеальный		
485	ПК-3	В		НАРУШЕНИЕ РЕЧИ, ВОЗНИКАЮЩЕЕ ПРИ ПОРАЖЕНИИ КОРКОВЫХ РЕЧЕВЫХ ЦЕНТРОВ НАЗЫВАЕТСЯ	Б	Неврология, нейрохирургия, медицинская генетика
		О	А	афония		
		О	Б	афазия		
		О	В	анартрия		
		О	Г	мутизм		
486	ПК-3	В		ТИП НАСЛЕДОВАНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК	А	Неврология, нейрохирургия, медицинская генетика

		О	А	аутосомно-рецессивный		
		О	Б	аутосомно-доминантный		
		О	В	рецессивный, сцепленный с полом (через X-хромосому)		
		О	Г	доминантный, сцепленный с полом (через X-хромосому)		
487	ПК-3	В		ДЛЯ НАРУШЕНИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ В БАССЕЙНЕ ПЕРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ ХАРАКТЕРНО	В	Неврология, нейрохирургия, медицинская генетика
		О	А	сенсорная афазия		
		О	Б	гемиплегия или гемипарез		
		О	В	моноплегия или монопарез ноги		
		О	Г	фотопсия		
						Неврология, нейрохирургия, медицинская генетика
487	ПК-3	В		СНИЖЕНИЕ МЫШЕЧНОЙ СИЛЫ И МЫШЕЧНОГО ТОНУСА, ОТСУТСТВИЕ СУХОЖИЛЬНЫХ РЕФЛЕКСОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПАРЕЗА	Б	Неврология, нейрохирургия, медицинская генетика
		О	А	центрального		
		О	Б	периферического		
		О	В	смешанного		
		О	Г	афферентного		
488	ПК-3	В		СУПРАСЕЛЛЯРНЫЙ РОСТ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ	Б	Неврология, нейрохирургия, медицинская генетика
		О	А	биназальной гемианопсии		
		О	Б	битемпоральной гемианопсии		
		О	В	гомонимной гемианопсии		
		О	Г	квадрантной гемианопсии		

490	ПК-3	В		ПАТОЛОГИЧЕСКИМ РЕФЛЕКСОМ СГИБАТЕЛЬНОГО ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ РЕФЛЕКС	А	Неврология, нейрохирургия, медицинская генетика
		О	А	Россолимо		
		О	Б	Бабинского		
		О	В	Оппенгейма		
		О	Г	Гордона		
491	ПК-3	В		ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ЗАТЫЛОЧНОЙ ДОЛИ КОРЫ БОЛЬШИХ ПОЛУШАРИЙ ХАРАКТЕРНА	В	Неврология, нейрохирургия, медицинская генетика
		О	А	моторная афазия		
		О	Б	сенсорная афазия		
		О	В	гомонимная гемианопсия		
		О	Г	алексия		
492	ПК-3	В		НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ РАЗВИВАЕТСЯ В БАССЕЙНЕ АРТЕРИИ	Б	Неврология, нейрохирургия, медицинская генетика
		О	А	передней мозговой		
		О	Б	средней мозговой		
		О	В	задней мозговой		
		О	Г	позвоночной		
493	ПК-3	В		ИНТЕНЦИОННОЕ ДРОЖАНИЕ И ПРОМАХИВАНИЕ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПАЛЬЦЕ-НОСОВОЙ ПРОБЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ АТАКСИИ	В	Неврология, нейрохирургия, медицинская генетика
		О	А	сенситивной		
		О	Б	вестибулярной		
		О	В	мозжечковой		

		О	Г	лобной		
494	ПК-3	В		ИССЛЕДОВАНИЕ ПЛАЗМЫ КРОВИ БОЛЬНОГО ГЕПАТОЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ДИСТРОФИЕЙ ВЫЯВЛЯЕТ	А	Неврология, нейрохирургия, медицинская генетика
		О	А	понижение уровня церулоплазмينا и меди		
		О	Б	повышение уровня церулоплазмينا и меди		
		О	В	повышение уровня церулоплазмينا и понижение меди		
		О	Г	понижение уровня церулоплазмينا и повышение меди		
495	ПК-3	В		ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЗАДНЕГО РОГА СПИННОГО МОЗГА НАРУШАЕТСЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ	В	Неврология, нейрохирургия, медицинская генетика
		О	А	болевая и тактильная		
		О	Б	глубокая и тактильная		
		О	В	температурная и болевая		
		О	Г	тактильная и температурная		
496	ПК-3	В		СНИЖЕНИЕ МЫШЕЧНОЙ СИЛЫ, ПОВЫШЕНИЕ МЫШЕЧНОГО ТОНУСА, ПОЯВЛЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ РЕФЛЕКСОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПАРЕЗА	Б	Неврология, нейрохирургия, медицинская генетика
		О	А	периферического		
		О	Б	центрального		
		О	В	смешанного		
		О	Г	афферентного		
497	ПК-3	В		ПРИ ОБРАЗОВАНИИ ДИЗИГОТНЫХ БЛИЗНЕЦОВ	Б	Неврология, нейрохирургия, медицинская

						генетика
		О	А	одна яйцеклетка оплодотворяется двумя сперматозоидами		
		О	Б	две разные яйцеклетки оплодотворяются двумя разными сперматозоидами		
		О	В	происходит расхождение бластомеров в процессе дробления		
		О	Г	происходит расхождение зигот		
498	ПК-3	В		ПАНАРИЦИЙ - ЭТО	В	Общая хирургия
		О	А	воспаление ладонного апоневроза кисти		
		О	Б	воспаление кожи тыла кисти		
		О	В	гнойное воспаление тканей пальцев		
		О	Г	воспаление сальной железы		
499	ПК-3	В		Одним из самых ранних симптомов при подозрении на рак желудка может быть	Б	Онкология, лучевая терапия
		О	А	похудание		
		О	Б	немотивированная потеря аппетита		
		О	В	нарушение функции кишечника		
		О	Г	метеоризм		
500	ПК-3	В		ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА МАЛИГНИЗАЦИЮ УЗЛОВОГО ЗОБА НАИБОЛЕЕ ИСЧЕРПЫВАЮЩИЙ МЕТОД	Г	Онкология, лучевая терапия
		О	А	УЗИ щитовидной железы		
		О	Б	компьютерная томография железы		
		О	В	радиоизотопное исследование функции железы		
		О	Г	пункционная биопсия		
501	ПК-3	В		НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	Г	Онкология, лучевая терапия

		О	А	УЗИ щитовидной железы		
		О	Б	радиоизотопное исследование функции железы		
		О	В	сцинтиграфия железы		
		О	Г	ТАБ (тонкоигольная аспирационная биопсия) узла ЩЖ под контролем УЗИ с цитологическим исследованием		
502	ПК-3	В		ПРИ БРОНХОГЕННОМ РАКЕ НАБЛЮДАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ	Б	Онкология, лучевая терапия
		О	А	лихорадка, гипергликемия		
		О	Б	лихорадка, гипертрофическая остеоартропатия		
		О	В	дисфагия, гипертрофическая остеоартропатия		
		О	Г	дисфагия, гипергликемия		
503	ПК-3	В		Наиболее ранним проявлением рака пищевода является	Б	Онкология, лучевая терапия
		О	А	боль за грудиной и в спине		
		О	Б	дисфагия		
		О	В	срыгивание застойным содержимым		
		О	Г	похудание		
504	ПК-3	В		В лечении злокачественных опухолей основными методами, помимо хирургического, являются	А	Онкология, лучевая терапия
		О	А	лучевой, химиотерапевтический, гормональный		
		О	Б	лучевой, гипертермический, гормональный		
		О	В	иммунологический, гипертермический, химиотерапевтический		
		О	Г	лучевой, иммунологический, гипертермический		

505	ПК-3	В		«метастаз Вирхова» - ЭТО метастаз в	В	Онкология, лучевая терапия
		О	А	пупок		
		О	Б	паховый лимфоузел		
		О	В	надключичный лимфоузел		
		О	Г	клетчатку малого таза		
506	ПК-3	В		Характерным пальпаторным признаком рака простаты является	В	Онкология, лучевая терапия
		О	А	увеличение железы с участками размягчения		
		О	Б	равномерное увеличение, плотноэластическая консистенция		
		О	В	деревянистой плотности сращения со слизистой прямой кишки		
		О	Г	нависание передней стенки прямой кишки		
507	ПК-3	В		ОСЛОЖНЕНИЕМ ФУРУНКУЛА НОСА МОЖЕТ БЫТЬ	В	Оториноларингология
		О	А	острый ринит		
		О	Б	острый синусит		
		О	В	тромбоз кавернозного синуса		
		О	Г	деформация перегородки носа		
508	ПК-3	В		ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА ХАРАКТЕРНО ВЫДЕЛЕНИЕ ИЗ УХА	В	Оториноларингология
		О	А	крови		
		О	Б	серозно-геморрагической жидкости		
		О	В	гноя		
		О	Г	ликвора		

509	ПК-3	В		ДЛЯ ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ АНГИНЫ ХАРАКТЕРНО	Б	Оториноларингологи я
		О	А	белые или светло-желтые налеты в лакунах		
		О	Б	нагноившиеся фолликулы небных миндалин		
		О	В	расширенные устья лакун небных миндалин		
		О	Г	гиперемия дужек миндалин		
510	ПК-3	В		ОСНОВНОЙ СИМПТОМ ТРАВМЫ НОСА -	Б	Оториноларингологи я
		О	А	деформация наружного носа		
		О	Б	носовое кровотечение		
		О	В	боль		
		О	Г	приступ чихания		
511	ПК-3	В		БЕЛЫЙ ФИБРОЗНЫЙ НАЛЕТ В ГОРТАНИ В ВИДЕ МЕЛКИХ БЕЛЫХ ТОЧЕК ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ	В	Оториноларингологи я
		О	А	острого катарального ларингита		
		О	Б	папилломатоза гортани		
		О	В	кандидозного ларингита		
		О	Г	фибромы задней трети голосовых складок		
512	ПК-3	В		«АДЕНОИДАМИ» НАЗЫВАЕТСЯ ГИПЕРТРОФИЯ МИНДАЛИНЫ	А	Оториноларингологи я
		О	А	глоточной		
		О	Б	небной		
		О	В	трубной		
		О	Г	язычной		
513	ПК-3	В		НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫЙ АГЕНТ В ЭТИОЛОГИИ СИНУСИТА	В	Оториноларингологи я
		О	А	стрептококк		

		О	Б	пневмококк		
		О	В	стафилококк		
		О	Г	микоплазма		
514	ПК-3	В		ОТРАВЛЕНИЕ МЕТИЛОВЫМ СПИРТОМ ПРИВОДИТ К	Г	Офтальмология
		О	А	развитию катаракты		
		О	Б	рецидивирующему увеиту		
		О	В	помутнению стекловидного тела		
		О	Г	атрофии зрительного нерва		
515	ПК-3	В		СИДЕРОЗ ГЛАЗ – ЭТО	Г	Офтальмология
		О	А	воспаление роговой оболочки		
		О	Б	воспаление радужной оболочки		
		О	В	деструкция стекловидного тела		
		О	Г	пропитывание тканей глаза соединениями железа		
515	ПК-3	В		ЭТИОЛОГИЯ КЕРАТИТА, СОПРОВОЖДАЮЩЕГОСЯ ОТСУТСТВИЕМ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ РОГОВИЦЫ -	Б	Офтальмология
		О	А	аллергическая		
		О	Б	герпетическая		
		О	В	грибковая		
		О	Г	бактериальная		
516	ПК-3	В		ПРИЧИНОЙ НЕОВАСКУЛЯРИЗАЦИИ НА ГЛАЗНОМ ДНЕ У БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ	Б	Офтальмология
		О	А	воспалительный процесс		
		О	Б	гипоксия тканей		
		О	В	сочетание сахарного диабета с гипертонической болезнью		

		О	Г	сочетание сахарного диабета с атеросклерозом		
517	ПК-3	В		АККОМОДАЦИЯ – ЭТО ПРИСПОСОБЛЕНИЕ ГЛАЗА К	В	Офтальмология
		О	А	восприятию различных оттенков одного цвета		
		О	Б	оценке яркости		
		О	В	четкому видению различно удаленных предметов		
		О	Г	видению в темноте		
518	ПК-3	В		КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ АБСЦЕССА ВЕК	Г	Офтальмология
		О	А	крепитация, бледный отек кожи век		
		О	Б	кожные покровы обычной окраски, пастозность		
		О	В	гематома век, пастозность		
		О	Г	разлитая гиперемия и инфильтрация век, боль		
519	ПК-3	В		КАТАРАКТА В ВИДЕ ФИГУРЫ «ПОДСОЛНЕЧНИКА» ХАРАКТЕРНА ДЛЯ	Б	Офтальмология
		О	А	сидероза		
		О	Б	халькоза		
		О	В	диабетической катаракты		
		О	Г	дистрофических заболеваниях роговицы		
520	ПК-3	В		ДЛЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АНГИОРЕТИНОПАТИИ ХАРАКТЕРНЫ	В	Офтальмология
		О	А	нарушение кровообращения в системе, питающей зрительный нерв		
		О	Б	тромбоз полный или неполный центральной вены сетчатки или ее ветви		
		О	В	кровоизлияния в стекловидное тело с началом пролиферации,		

				неоваскуляризация на диске зрительного нерва		
		О	Г	макулодистрофия и периферическая дегенерация сетчатки		
						Офтальмология
521	ПК-3	В		БЛЕФАРИТ – ЭТО ВОСПАЛЕНИЕ	А	
		О	А	краев век		
		О	Б	конъюнктивы		
		О	В	роговицы		
		О	Г	цилиарного тела		
522	ПК-3	В		ДАКРИОЦИСТИТ – ЭТО ВОСПАЛЕНИЕ	Г	Офтальмология
		О	А	сальной железы век		
		О	Б	радужки		
		О	В	краев век		
		О	Г	слезного мешка		
523	ПК-3	В		НЕПРАВИЛЬНАЯ СВЕТОПРОЕКЦИЯ У БОЛЬНОГО С КАТАРАКТОЙ УКАЗЫВАЕТ НА	Г	Офтальмология
		О	А	патологию роговицы		
		О	Б	наличие зрелой катаракты		
		О	В	деструкцию стекловидного тела		
		О	Г	патологию сетчатки и зрительного нерва		
524	ПК-3	В		РОГОВИЧНЫЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ	Б	Офтальмология
		О	А	иридоциклита		
		О	Б	кератита		
		О	В	катаракты		
		О	Г	отслойки сетчатки		

525	ПК-3	В		РАССТРОЙСТВО УЗНАВАНИЯ ЯВЛЕНИЙ И ПРЕДМЕТОВ ПРИ СОХРАННОСТИ СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ ЭЛЕМЕНТАРНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ И МЫШЛЕНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ	А	Психиатрия, медицинская психология
		О	А	агнозией		
		О	Б	апраксией		
		О	В	афазией		
		О	Г	амнезией		
526	ПК-3	В		ДЛЯ ФИЗИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ ПРИ НАРКОМАНИИ ХАРАКТЕРНО	В	Психиатрия, медицинская психология
		О	А	физический комфорт в интоксикации		
		О	Б	наркоманический абстинентный синдром		
		О	В	рост толерантности		
		О	Г	компульсивное влечение к наркотику		
527	ПК-3	В		ЗНАЧИТЕЛЬНАЯ ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ НЕУСТОЙЧИВОСТЬ, ШАТКАЯ ПОХОДКА, НЕЯСНАЯ РЕЧЬ, НАРУШЕНИЯ ПСИХИКИ И ОРИЕНТИРОВКИ, СОНЛИВОСТЬ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ____ СТЕПЕНИ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ	Б	Психиатрия, медицинская психология
		О	А	легкой		
		О	Б	средней		
		О	В	сильной		
		О	Г	тяжелой		
528	ПК-3	В		ОНЕЙРОИД ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ	А	Психиатрия, медицинская психология
		О	А	сновидно-фантастическое помрачение сознания		

		О	Б	пароксизмальное помрачение сознания		
		О	В	иллюзорно-галлюцинаторное помрачение сознания		
		О	Г	сумеречное помрачение сознания		
						Психиатрия, медицинская психология
529	ПК-3	В		СНИЖЕНИЕ БОЛЕВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ, ВПЛОТЬ ДО ЕЕ ПОТЕРИ, СТУПОРОЗНОЕ СОСТОЯНИЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ _____ СТЕПЕНИ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ	В	Психиатрия, медицинская психология
		О	А	легкой		
		О	Б	средней		
		О	В	сильной		
		О	Г	тяжелой		
530	ПК-3	В		РАССТРОЙСТВО УЗНАВАНИЯ ЯВЛЕНИЙ И ПРЕДМЕТОВ ПРИ СОХРАННОСТИ СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ ЭЛЕМЕНТАРНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ И МЫШЛЕНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ	А	Психиатрия, медицинская психология
		О	А	агнозией		
		О	Б	апраксией		
		О	В	афазией		
		О	Г	амнезией		
531	ПК-3	В		ДЛЯ ФИЗИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ ПРИ НАРКОМАНИИ ХАРАКТЕРНО	В	Психиатрия, медицинская психология
		О	А	физический комфорт в интоксикации		
		О	Б	наркоманический абстинентный синдром		
		О	В	рост толерантности		

		О	Г	компульсивное влечение к наркотику		
532	ПК-3	В		ЗНАЧИТЕЛЬНАЯ ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ НЕУСТОЙЧИВОСТЬ, ШАТКАЯ ПОХОДКА, НЕЯСНАЯ РЕЧЬ, НАРУШЕНИЯ ПСИХИКИ И ОРИЕНТИРОВКИ, СОНЛИВОСТЬ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ____ СТЕПЕНИ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ	Б	Психиатрия, медицинская психология
		О	А	легкой		
		О	Б	средней		
		О	В	сильной		
		О	Г	тяжелой		
533	ПК-3	В		ОНЕЙРОИД ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ	А	Психиатрия, медицинская психология
		О	А	сновидно-фантастическое помрачение сознания		
		О	Б	пароксизмальное помрачение сознания		
		О	В	иллюзорно-галлюцинаторное помрачение сознания		
		О	Г	сумеречное помрачение сознания		
534	ПК-3	В		СНИЖЕНИЕ БОЛЕВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ, ВПЛОТЬ ДО ЕЕ ПОТЕРИ, СТУПОРОЗНОЕ СОСТОЯНИЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ____ СТЕПЕНИ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ	В	Психиатрия, медицинская психология
		О	А	легкой		
		О	Б	средней		
		О	В	сильной		
		О	Г	тяжелой		
535	ПК-3	В		К ОСМОТРУ ТРУПА НА МЕСТЕ ЕГО ОБНАРУЖЕНИЯ В КАЧЕСТВЕ СПЕЦИАЛИСТА В ОБЛАСТИ	Г	Судебная медицина

				СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИВЛЕЧЕН		
		О	А	терапевт		
		О	Б	акушер-гинеколог		
		О	В	педиатр		
		О	Г	провизор		
536	ПК-3	В		Розоватый оттенок кожного покрова и ярко-алый цвет трупных пятен характерны для отравления	Г	Судебная медицина
		О	А	угольной кислотой		
		О	Б	цианистым калием		
		О	В	метанолом		
		О	Г	окисью углерода		
537	ПК-3	В		СИМПТОМ «ОЧКОВ» ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА СВЯЗАН С ПОВРЕЖДЕНИЕМ	В	Травматология, ортопедия
		О	А	продырявленной пластинки в передней черепной ямке		
		О	Б	передней решетчатой вены		
		О	В	внутренней сонной артерии в полости черепа		
		О	Г	зрительной артерии		
538	ПК-3	В		СИМПТОМ «ПРИЛИПШЕЙ ПЯТКИ» ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ПЕРЕЛОМА	Б	Травматология, ортопедия
		О	А	позвоночника		
		О	Б	костей таза		
		О	В	бедр		
		О	Г	костей голени		
539	ПК-3	В		В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ОКРАСКА КРОВОПОДТЕКА	А	Травматология, ортопедия
		О	А	багрово-красная		

		О	Б	сине-багровая		
		О	В	коричневато-желтая		
		О	Г	буровато-зеленая		
540	ПК-3	В		СПЕЦИФИЧЕСКИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОСТЕОАРТРОЗА	Г	Травматология, ортопедия
		О	А	сужение суставной щели		
		О	Б	склероз и деформация суставных поверхностей		
		О	В	кисты в метаэпифизарной зоне		
		О	Г	остеофиты		
541	ПК-3	В		НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ПОРАЖАЕТСЯ	Б	Травматология, ортопедия
		О	А	эпифиз		
		О	Б	метафиз		
		О	В	диафиз		
		О	Г	надкостница		
542	ПК-3	В		ДЛЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ БОЛЬШЕБЕРЦОВОГО НЕРВА ХАРАКТЕРНО	В	Травматология, ортопедия
		О	А	боль в икроножной мышце		
		О	Б	отсутствие ахиллова рефлекса		
		О	В	невозможность стоять на носке		
		О	Г	снижение пульса на тыльной поверхности стопы		
543	ПК-3	В		НА РЕНТГЕНОГРАММАХ ПРИЗНАКИ ОСТЕОПОРОЗА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ГЕМАТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ ПОЯВЛЯЮТСЯ В СРОКИ _____ НЕДЕЛЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ	В	Травматология, ортопедия

		О	А	1		
		О	Б	2		
		О	В	3-4		
		О	Г	5-6		
544	ПК-3	В		РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ПРИ МЫШЕЧНОЙ ФОРМЕ КРИВОШЕЙ	Г	Травматология, ортопедия
		О	А	добавочный полупозвонок		
		О	Б	синостоз тел позвонков		
		О	В	незаращение дужек позвонков		
		О	Г	изменений нет		
545	ПК-3	В		ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ РАЗРЫВА ВНУТРЕННЕГО МЕНИСКА КОЛЕННОГО СУСТАВА СЛЕДУЕТ ОТДАТЬ ПРЕДПОЧТЕНИЕ МЕТОДУ ИССЛЕДОВАНИЯ	Б	Травматология, ортопедия
		О	А	рентгенографическому		
		О	Б	МРТ		
		О	В	артроскопическому		
		О	Г	термографическому		
546	ПК-3	В		ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ТАЗА У МУЖЧИН ЧАЩЕ ВСЕГО ПОВРЕЖДАЕТСЯ	Б	Травматология, ортопедия
		О	А	дистальная часть мочеиспускательного канала		
		О	Б	простатическая часть уретры		
		О	В	мочевой пузырь		
		О	Г	половой член		
547	ПК-3	В		ДЛЯ ОСТЕОАРТРОЗА КРУПНЫХ СУСТАВОВ В НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНЫ БОЛИ	В	Травматология, ортопедия

		О	А	постоянные ноющие		
		О	Б	в начале ходьбы		
		О	В	после длительной ходьбы		
		О	Г	ночные		
548	ПК-3	В		ОСНОВНАЯ ЯТРОГЕННАЯ ПРИЧИНА ПРИВЫЧНОГО ВЫВИХА ПЛЕЧА	Г	Травматология, ортопедия
		О	А	вправление вывиха плеча без обезболивания		
		О	Б	раннее начало занятий лечебной гимнастикой		
		О	В	позднее начало занятий лечебной гимнастикой		
		О	Г	отсутствие гипсовой иммобилизации после вправления вывиха плеча		
549	ПК-3	В		ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ УШИБЛЕННО-РВАННОЙ РАНЫ ЯВЛЯЮТСЯ	А	Травматология, ортопедия
		О	А	соединительнотканые перемычки между краями		
		О	Б	осажденные края		
		О	В	вывернутые волосяные луковицы		
		О	Г	острые концы		
550	ПК-3	В		ОСНОВНЫМ РАННИМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ОСТЕОАРТРОЗА ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ЯВЛЯЕТСЯ	В	Травматология, ортопедия
		О	А	укорочение конечности		
		О	Б	приводящая сгибательная контрактура		
		О	В	боль в области тазобедренного сустава		
		О	Г	боль в нижней трети бедра и в области коленного сустава		
551	ПК-3	В		МИЕЛОМНОЙ БОЛЕЗНИ СВОЙСТВЕННЫ СЛЕДУЮЩИЕ	Г	Факультетская

				КЛЕТОЧНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ КОСТНОМАЗГОВОГО ПУНКТАТА		терапия
		О	А	миелобласты		
		О	Б	гигантские зрелые лейкоциты		
		О	В	плазмобласты		
		О	Г	плазматические клетки		
552	ПК-3	В		ЛЕЙКОПЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ АНЕМИИ	Б	Факультетская терапия
		О	А	гемолитической		
		О	Б	апластической		
		О	В	железодефицитной		
		О	Г	фолиеводефицитной		
553	ПК-3	В		ВЕДУЩИМ ФАКТОРОМ РАЗВИТИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ	Г	Факультетская терапия
		О	А	алиментарный фактор		
		О	Б	гиперсекреция соляной кислоты		
		О	В	спиртные напитки, курение		
		О	Г	бактерия хеликобактер пилори		
554	ПК-3	В		ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ, КАК ПРАВИЛО, ДЕБЮТИРУЕТ С ПОРАЖЕНИЯ	Б	Факультетская терапия
		О	А	перианальной области		
		О	Б	прямой кишки		
		О	В	ободочной кишки		
		О	Г	слепой кишки		
555	ПК-3	В		К ОБРАЗОВАНИЮ ЖЕЛЧНЫХ КАМНЕЙ ПРИВОДЯТ	Б	Факультетская терапия
		О	А	перенасыщение желчи холестерином и перегибы желчного пузыря		

		О	Б	перенасыщение желчи холестерином и снижение сократительной функции желчного пузыря		
		О	В	снижение сократительной функции желчного пузыря и увеличение в желчи вторичных желчных кислот		
		О	Г	перегибы желчного пузыря и наличие в пузырном протоке клапанов Гейстера		
556	ПК-3	В		ДЛЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ АУТОИММУННОГО ХАРАКТЕРА ПАТОГНОМОНИЧНА ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ	Г	Факультетская терапия
		О	А	реакция Квейма		
		О	Б	проба Манту		
		О	В	проба Хема		
		О	Г	прямая проба Кумбса		
557	ПК-3	В		К СИМПТОМАМ СИДЕРОПЕНИИ ОТНОСИТСЯ	В	Факультетская терапия
		О	А	парестезии		
		О	Б	иктеричность склер		
		О	В	извращение вкуса		
		О	Г	повышение мышечного тонуса		
558	ПК-3	В		ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК 4 СТАДИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СКФ _____ МЛ/МИН/1,73 м2	Б	Факультетская терапия
		О	А	менее 15		
		О	Б	29-15		
		О	В	59-30		
		О	Г	более 60		
559	ПК-3	В		ПРЕТИБИАЛЬНАЯ МИКСЕДЕМА – ХАРАКТЕРНА ДЛЯ	Б	Факультетская терапия

		О	А	эндемического зоба		
		О	Б	аутоиммунных заболеваний щитовидной железы		
		О	В	гиперпаратиреоза		
		О	Г	гипопаратиреоза		
560	ПК-3	В		Наиболее частым проявлением стафилококковой пневмонии является	Б	Факультетская терапия
		О	А	эмпиема плевры		
		О	Б	образование полостей в нижних отделах легких		
		О	В	образование полостей в верхних долях легких		
		О	Г	обтурационный ателектаз		
561	ПК-3	В		ТОРАКОДИАФРАГМАЛЬНАЯ ФОРМА ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА (ХЛС) ХАРАКТЕРНА ДЛЯ	А	Факультетская терапия
		О	А	анкилозирующего спондилоартрита		
		О	Б	ТЭЛА		
		О	В	ХОБЛ		
		О	Г	саркоидоза		
562	ПК_3	В		ДЛЯ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ И ЕЕ ОБРАТИМОСТИ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ	Г	Факультетская терапия
		О	А	компьютерную томографию грудной клетки		
		О	Б	фибробронхоскопию		
		О	В	исследование КЩС сыворотки крови в динамике		
		О	Г	бронходилатационный тест с сальбутамолом		
563	ПК-3	В		ДЛЯ АУТОИММУННОГО ГАСТРИТА	В	Факультетская

				ХАРАКТЕРНО		терапия
		О	А	нормальная продукция соляной кислоты		
		О	Б	умеренное снижение продукции соляной кислоты		
		О	В	значительное снижение продукции соляной кислоты вплоть до ахлогидрии		
		О	Г	повышение продукции соляной кислоты.		
564	ПК-3	В		ПРИ НАЛИЧИИ ДИАРЕИ И ОТСУТСТВИИ ПРИЗНАКОВ МАЛЬАБСОРБЦИИ МОЖНО ДУМАТЬ О	Б	Факультетская терапия
		О	А	глутеновой энтеропатии		
		О	Б	синдроме раздраженной кишки		
		О	В	истерии		
		О	Г	гранулематозном колите		
565	ПК-3	В		О СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ ГАСТРИТА СУДЯТ ПО КЛЕТОЧНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА	В	Факультетская терапия
		О	А	лимфоцитами		
		О	Б	эозинофилами		
		О	В	нейтрофилами		
		О	Г	плазматическими клетками		
566	ПК-3	В		СИНДРОМ ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ	Б	Факультетская терапия
		О	А	вит. В12 – дефицитной анемии		
		О	Б	хроническом лейкозе		
		О	В	остром холецистите		
		О	Г	остром панкреатите		
567	ПК-3	В		ВОЗБУДИТЕЛЕМ ОСТРОГО	В	Факультетская

				ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ		терапия
		О	А	пневмококк		
		О	Б	золотистый стафилококк		
		О	В	бета-гемолитический стрептококк группы А		
		О	Г	синегнойная палочка		
568	ПК-3	В		К ОСНОВНОМУ МЕТОДУ ДИАГНОСТИКИ АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ОТНОСИТСЯ	Г	Факультетская терапия
		О	А	суточная рН-метрия		
		О	Б	рентгенография желудка		
		О	В	эзофагогастродуоденоскопия		
		О	Г	морфологическое исследование слизистой оболочки желудка		
569	ПК-3	В		при идиопатическом фиброзирующем альвеолите Характерен аускультативный феномен	Г	Факультетская терапия
		О	А	свистящие хрипы		
		О	Б	влажные хрипы		
		О	В	сухие хрипы		
		О	Г	«треск целлофана»		
570	ПК-3	В		ПОСТПРАНДИАЛЬНЫЙ ДИСТРЕСС-СИНДРОМ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ	Б	Факультетская терапия
		О	А	ранним насыщением, изжогой		
		О	Б	чувством переполнения эпигастральной области, изжогой		
		О	В	болью в эпигастрии, вздутием живота		
		О	Г	вздутием живота, чувством переполнения в эпигастральной области		
571	ПК-3	В		НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ПЕРВЫЙ ПРИЗНАК ПЕРВИЧНОГО	А	Факультетская

				БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ		терапия
		О	А	кожный зуд		
		О	Б	гепатоспленомегалия		
		О	В	портальная гипертензия		
		О	Г	внепеченочные знаки		
572	ПК-3	В		Основной этиологический фактор острого гломерулонефрита	А	Факультетская терапия
		О	А	бета-гемолитический стрептококк группы А		
		О	Б	стафилококк		
		О	В	синегнойная палочка		
		О	Г	клебсиелла		
573	ПК-3	В		НАИБОЛЕЕ РАНО ПРИ АМИЛОИДОЗЕ ВОЗНИКАЕТ	Б	Факультетская терапия
		О	А	лейкоцитурия		
		О	Б	протеинурия		
		О	В	гематурия		
		О	Г	цилиндрурия		
574	ПК-3	В		КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА УПЛОТНЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ	Г	Факультетская терапия
		О	А	влажные хрипы		
		О	Б	кашель		
		О	В	амфорическое дыхание		
		О	Г	отставание пораженной половины грудной клетки в дыхании		
575	ПК-3	В		У ПАЦИЕНТА, СТРАДАЮЩЕГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ТЕЧЕНИЕ 15 ЛЕТ, БОЛИ В СТОПАХ ПО НОЧАМ ОБУСЛОВЛЕННЫ	Б	Факультетская терапия

		О	А	ишемической формой диабетической стопы		
		О	Б	диабетической нейропатией		
		О	В	диабетической остеоартропатией		
		О	Г	остеомиелитом		
576	ПК-3	В		ОСНОВНУЮ РОЛЬ В ПОВРЕЖДЕНИИ ПИЩЕВОДА ПРИ РЕФЛЮКСЕ СОДЕРЖИМОГО ЖЕЛУДКА В ПИЩЕВОД ИГРАЕТ	Б	Факультетская терапия
		О	А	пепсин		Факультетская терапия
		О	Б	соляная кислота		Факультетская терапия
		О	В	бомбезин		Факультетская терапия
		О	Г	гастрин		Факультетская терапия
						Факультетская терапия
577	ПК-3	В		ТИПИЧНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ СИНДРОМА ДРЕССЛЕРА ЯВЛЯЮТСЯ	А	Факультетская терапия
		О	А	лихорадка, перикардит, плеврит, пневмонит		
		О	Б	кардиогенный шок, лихорадка, артрит плечевого сустава эрозии желудка		
		О	В	сердечная астма, эрозии желудка, плеврит		
		О	Г	эрозии желудка, плеврит, артрит плечевого сустава		
578	ПК-3	В		псевдомембранозный колит на фоне антибиотикотерапии вызывает Clostridium	А	Факультетская терапия
		О	А	difficile		
		О	Б	perfringens		
		О	В	septicum		

		О	Г	bifermentas		
579	ПК-3	В		ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ НАБЛЮДАЮТСЯ	А	Факультетская терапия
		О	А	краевые костные разрастания (остеофиты)		
		О	Б	утолщение и обызвествление суставной капсулы		
		О	В	утолщение и уплотнение околосуставных мягких тканей		
		О	Г	околосуставной остеопороз		
580	ПК-3	В		НАРУШЕНИЯ ТРОМБОЦИТАРНО- СОСУДИСТОГО ГЕМОСТАЗА МОЖНО ВЫЯВИТЬ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ	В	Факультетская терапия
		О	А	времени свертываемости		
		О	Б	тромбинового времени		
		О	В	времени кровотечения		
		О	Г	плазминогена		
581	ПК-3	В		ДЛЯ БОЛЕЗНИ КРОНА ХАРАКТЕРНЫ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ	В	Факультетская терапия
		О	А	псевдополипы		
		О	Б	эпителиоидноклеточные гранулемы		
		О	В	крипт-абсцессы		
		О	Г	инфильтраты		
582	ПК-3	В	032	БОЛЬШАЯ ДЕКСАМЕТАЗОНОВАЯ ПРОБА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ	В	Факультетская терапия
		О	А	нормы и синдрома Иценко-Кушинга		
		О	Б	ожирения и болезни Иценко-Кушинга		
		О	В	болезни и синдрома Иценко-Кушинга		

		О	Г	ожирения и гипоталамического синдрома		
584	ПК-3	В		КРОВОХАРКАНИЕ ОТСУТСТВУЕТ ПРИ	Б	Факультетская терапия
		О	А	бронхоэктатической болезни		
		О	Б	эмфиземе легких		
		О	В	тромбоэмболии легочной артерии		
		О	Г	митральном стенозе		
585	ПК-3	В		МЕТОДОМ, НАИБОЛЕЕ ПОЛНО ПОЗВОЛЯЮЩИМ ОЦЕНИТЬ РЕФЛЮКС В ПИЩЕВОД, ЯВЛЯЕТСЯ	Б	Факультетская терапия
		О	А	ЭГДС		
		О	Б	рентгеноскопия пищевода		
		О	В	манометрия пищевода		
		О	Г	РН-импедансометрия		
586	ПК-3	В		УТРЕННЯЯ СКОВАННОСТЬ В МЕЛКИХ СУСТАВАХ КИСТЕЙ И СТОП БОЛЕЕ 1 ЧАСА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ АРТРИТА	Б	Факультетская терапия
		О	А	реактивного		
		О	Б	ревматоидного		
		О	В	подагрического		
		О	Г	псориатического		
587	ПК-3	В		ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНО	В	Факультетская терапия
		О	А	симметричность поражения суставов, поражение дистальных межфаланговых суставов		
		О	Б	поражение дистальных межфаланговых суставов, выраженная гиперемия в области суставов		
		О	В	утренняя скованность, симметричность		

				поражения суставов		
		О	Г	выраженная гиперемия в области суставов, боли в суставах в первую половину ночи		
588	ПК-3	В		ДЛЯ ХОБЛ 3 СТАДИИ ХАРАКТЕРНЫ ПОКАЗАТЕЛИ ОФВ1 В ПРЕДЕЛАХ ____%	В	Факультетская терапия
		О	А	10-20		
		О	Б	20-30		
		О	В	30-50		
		О	Г	50-70		
589	ПК-3	В		Клетки Пирогова-Лангханса характерны для	Б	Факультетская терапия
		О	А	лимфогранулематоза		
		О	Б	саркоидоза		
		О	В	пневмонии		
		О	Г	бронхиальной астмы		
590	ПК-3	В		ДЛЯ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ И ЕЕ ОБРАТИМОСТИ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ	А	Факультетская терапия
		О	А	бронходилатационный тест с сальбутамолом		
		О	Б	компьютерную томографию грудной клетки		
		О	В	фибробронхоскопию		
		О	Г	исследование КЩС сыворотки крови в динамике		
591	ПК-3	В		ДЛЯ ГЕМОФИЛИИ А ХАРАКТЕРНО СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ _____ ФАКТОРА СВЕРТЫВАНИЯ	В	Факультетская терапия
		О	А	IV		

		О	Б	VI		
		О	В	VIII		
		О	Г	IX		
592	ПК-3	В		При хронической почечной болезни (ХПБ) 3 ст. скорость клубочковой фильтрации составляет _____мл/мин/1,73м2	Б	Факультетская терапия
		О	А	15-29		
		О	Б	30-59		
		О	В	60-89		
		О	Г	более 90		
593	ПК-3	В		ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА В КРОВИ ПОВЫШЕН УРОВЕНЬ	А	Факультетская терапия
		О	А	пролактина		
		О	Б	тестостерона		
		О	В	инсулина		
		О	Г	АКТГ		
594	ПК-3	В		деструкцией лёгких чаще всего сопровождается пневмония, вызванная	В	Факультетская терапия
		О	А	стрептококком		
		О	Б	легионеллой		
		О	В	стафилококком		
		О	Г	пневмококком		
595	ПК-3	В		НАИБОЛЕЕ чувствительным показателем для диагностики ХОБЛ является	В	Факультетская терапия
		О	А	жизненная емкость легких		
		О	Б	объем форсированного выдоха за 1с (ОФВ1)		

		О	В	индекс Тиффно		
		О	Г	мощность вдоха		
596	ПК-3	В		ТИПИЧНЫЕ МЕСТА ЛОКАЛИЗАЦИИ ГИДРАДЕНИТА	В	Факультетская хирургия
		О	А	подмышечная область, волосистая часть головы, задняя поверхность шеи и спины		
		О	Б	подмышечная область, ладонная поверхность кисти, промежность		
		О	В	подмышечная область, промежность, ареолы молочных желез		
		О	Г	волосистая часть головы, задняя поверхность шеи и спины, ареолы молочных желез		
597	ПК-3	В		РАЗВИТИЕ ПЕРИТОНИТА МЕНЕЕ ВСЕГО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ РАСПОЛОЖЕНИЯ ВОСПАЛЁННОГО ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА	Б	Факультетская хирургия
		О	А	подпечёчно		
		О	Б	ретроцекально		
		О	В	в малом тазу		
		О	Г	медиально		
598	ПК-3	В		ОСНОВНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА ЯВЛЯЕТСЯ	В	Факультетская хирургия
		О	А	сильные боли в животе		
		О	Б	низкое АД		
		О	В	стойкий парез кишечника		
		О	Г	высокий лейкоцитоз		
599	ПК-3	В		ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К АППЕНДЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ	В	Факультетская хирургия
		О	А	острый инфаркт миокарда		

		О	Б	беременность более 35 недель		
		О	В	семисуточный аппендикулярный инфильтрат		
		О	Г	разлитой гнойный перитонит		
560	ПК-3	В		РАЗВИТИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ НАЧИНАЕТСЯ С	А	Факультетская хирургия
		О	А	слизистой червеобразного отростка		
		О	Б	мышечного слоя червеобразного отростка		
		О	В	серозного покрова червеобразного отростка		
		О	Г	купола слепой кишки		
561	ПК-3	В		ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ПОЛЫХ ОРГАНОВ О РАЗВИТИИ ПЕРИТОНИТА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ	Г	Факультетская хирургия
		О	А	симптом «ваньки-встаньки»		
		О	Б	пальпируемое образование в брюшной полости		
		О	В	резкое снижение гемоглобина крови		
		О	Г	симптом Щеткина-Блюмберга		
562	ПК-3	В		НАИБОЛЕЕ ОБШИРНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПИЩЕВОДА РАЗВИВАЮТСЯ ПРИ ПРИЕМЕ	В	Факультетская хирургия
		О	А	неорганических кислот		
		О	Б	органических кислот		
		О	В	щелочей		
		О	Г	лаков		
563	ПК-3	В		ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛЕЙ ПО ПРАВООМУ ФЛАНГУ И В ПРАВОЙ ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ РАСПОЛОЖЕНИЯ	Г	Факультетская хирургия

				ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА		
		О	А	типичного		
		О	Б	тазового		
		О	В	подпеченочного		
		О	Г	ретроцекального		
564	ПК-3	В		ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА	В	Факультетская хирургия
		О	А	наследственность		
		О	Б	инфекция		
		О	В	обтурация просвета червеобразного отростка		
		О	Г	запоры		
565	ПК-3	В		«МАЛИНОВОЕ ЖЕЛЕ» В КАЛЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ	Г	Факультетская хирургия
		О	А	заворота сигмовидной кишки		
		О	Б	спастической непроходимости		
		О	В	паралитической непроходимости		
		О	Г	инвагинации		
						Факультетская хирургия
566	ПК-3	В		ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АБСЦЕССА ДУГЛАСОВА ПРОСТРАНСТВА СЛЕДУЕТ ПРИМЕНИТЬ	Б	Факультетская хирургия
		О	А	лапароскопию		
		О	Б	пальцевое исследование прямой кишки		
		О	В	рентгенографию брюшной полости.		
		О	Г	ректороманоскопию		
567	ПК-3	В		ПРИ КОСТНОМ ПАНАРИЦИИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ВЫЯВЛЯЮТСЯ НА ____ СУТКИ	В	Факультетская хирургия
		О	А	1–2		

		О	Б	7		
		О	В	14 -20		
		О	Г	21 -24		
568	ПК-3	В		ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ДИВЕРТИКУЛЕЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ	Б	Факультетская хирургия
		О	А	колоноскопия		
		О	Б	ирригоскопия		
		О	В	ректороманоскопия		
		О	Г	ультразвуковое исследование органов брюшной полости		
569	ПК-3	В		НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОЖОГИ ПИЩЕВОДА ВЫЗЫВАЮТСЯ	А	Факультетская хирургия
		О	А	кислотами		
		О	Б	щелочами		
		О	В	суррогатами алкоголя		
		О	Г	фосфорорганическими веществами		
570	ПК-3	В		ДЛЯ ВСЕХ ВИДОВ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ХАРАКТЕРНЫ	Г	Факультетская хирургия
		О	А	интенсивные боли в животе		
		О	Б	резкое усиление перистальтики		
		О	В	асимметрия живота		
		О	Г	стойкая задержка стула и газов		
571	ПК-3	В		ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА ЯВЛЯЕТСЯ	Г	Факультетская хирургия
		О	А	склонность к запорам		
		О	Б	дефект слизистой прямой кишки		

		О	В	кровотечение из прямой кишки		
		О	Г	закупорка выводного протока анальной железы и ее воспаление		
572	ПК-3	В		ФИБРИНОЗНЫЕ НАСЛОЕНИЯ НА БРЮШИНЕ ОТСУТСТВУЮТ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ	А	Факультетская хирургия
		О	А	серозном		
		О	Б	гнойном		
		О	В	гнилостном		
		О	Г	каловом		
573	ПК-3	В		КЛАССИЧЕСКАЯ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ РАЗВИТИЯ СИМПТОМОВ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ	Б	Факультетская хирургия
		О	А	тошнота, однократная рвота, боли в животе		
		О	Б	боли в животе, затем тошнота и повышение температуры		
		О	В	повышение температуры, затем понос, боли в животе и рвота		
		О	Г	понос, затем повышение температуры и боли		
574	ПК-3	В	055	ПРИЗНАКАМИ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЛЫХ ОРГАНОВ ПРИ ЗАКРЫТОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ЖИВОТА ЯВЛЯЮТСЯ	Г	Факультетская хирургия
		О	А	выраженная перистальтика		
		О	Б	мягкий живот		
		О	В	бледность кожных покровов		
		О	Г	наличие свободного газа в брюшной полости		
575	ПК-3	В	080	Острое прогрессирующее течение с летальным исходом более характерно для	Б	Фтизиатрия

		О	А	фиброзно-кавернозного туберкулеза		
		О	Б	казеозной пневмонии		
		О	В	хронического диссеминированного туберкулеза		
		О	Г	реинфекционного первичного туберкулеза		
576	ПК-3	В		Основным методом выявления очагового туберкулёза лёгких является	В	Фтизиатрия
		О	А	туберкулинодиагностика		
		О	Б	определение возбудителя туберкулёза в мокроте		
		О	В	профилактическая флюорография		
		О	Г	диагностическая флюорография		
577	ПК-3	В		ПЕРВИЧНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ, В ОТЛИЧИЕ ОТ ВТОРИЧНОГО, ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ	В	Фтизиатрия
		О	А	положительной пробой Манту с 2 ППД-Л		
		О	Б	отрицательной пробой Манту с 2 ППД-Л		
		О	В	вовлечением лимфатической системы в патологический процесс		
		О	Г	более частой локализацией специфических изменений в легком		
578	ПК-3	В		Для туберкулеза легких характерно поражение ____ сегментов	А	Фтизиатрия
		О	А	1, 2, 6		
		О	Б	1, 3, 9		
		О	В	4, 6, 8		
		О	Г	5, 7, 8		
579	ПК-3	В		ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ ПОЗВОЛЯЕТ ВЕРИФИЦИРОВАТЬ	А	Фтизиатрия
		О	А	бактериологическое исследование		

				диагностического материала		
		О	Б	компьютерная томография органов грудной клетки		
		О	В	обзорная рентгенография органов грудной клетки		
		О	Г	магнитно-резонансная томография органов грудной клетки		
580	ПК-3	В		ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ЛЕГОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ	А	Фтизиатрия
		О	А	повреждение стенок кровеносных сосудов		
		О	Б	нарушения в свертывающей системе крови		
		О	В	нарушения в противосвертывающей системе крови		
		О	Г	застойные явления в малом круге кровообращения.		
581	ПК-4	В		У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН НЕФРИТ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО МОЖЕТ БЫТЬ ПРОЯВЛЕНИЕМ	В	Госпитальная терапия
		О	А	системной склеродермии		
		О	Б	узелкового периартериита		
		О	В	системной красной волчанки		
		О	Г	дерматомиозита		
582	ПК-4	В		АНКИЛОЗИРУЮЩИЙ СПОНДИЛИТ ЧАЩЕ ПОРАЖАЕТ	В	Госпитальная терапия
		О	А	крупные суставы нижних конечностей		
		О	Б	крупные суставы верхних конечностей		
		О	В	крестцово-подвздошные сочленения		
		О	Г	почки		
583Т	ПК-4	В		ДЛЯ НПВП-АССОЦИИРОВАННОГО ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДКА	В	Факультетская терапия

				ХАРАКТЕРНЫ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ		
		О	А	антрального отдела желудка, воспалительная реакция отсутствует или слабо выражена		
		О	Б	тела отдела желудка с интенсивным воспалением в участке поражения		
		О	В	тела и антрального отдела желудка со слабо выраженной воспалительной реакцией		
		О	Г	тела и антрального отдела желудка с интенсивным воспалением в участке поражения		
584	ПК-4	В		ДЛЯ БОЛЕЗНИ КРОНА ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ	Г	Факультетская терапия
		О	А	желудка и тонкой кишки		
		О	Б	только тонкой кишки		
		О	В	только толстой кишки		
		О	Г	любого отдела пищеварительной трубки		
585	ПК-4	В		К ВТОРИЧНОМУ АМИЛОИДОЗУ ПОЧЕК МОЖЕТ ПРИВОДИТЬ	Г	Факультетская терапия
		О	А	остеоартроз		
		О	Б	ревматизм		
		О	В	кистозная болезнь почек		
		О	Г	ревматоидный артрит		
586	ПК-4	В		ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ИНФЕКЦИИ ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ РАЗВИВАЕТСЯ ЧЕРЕЗ	Б	Факультетская терапия
		О	А	3-4 дня		
		О	Б	10-12 дней		
		О	В	1 нед		
		О	Г	1 мес		

587	ПК-4	В		ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ДИФФУЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА ЯВЛЯЮТСЯ	В	Факультетская терапия
		О	А	уровни тироксина и трийодтиронина в крови		
		О	Б	антитела к тиреоидной пероксидазе		
		О	В	антитела к рецептору тиреотропного гормона		
		О	Г	ЧСС по ЭКГ		
588	ПК-4	В	2	У ПАЦИЕНТА, ИМЕЮЩЕГО В ТЕЧЕНИЕ 16 ЛЕТ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 1 ТИПА, СУТОЧНАЯ ПРОТЕИНУРИЯ 3,5 Г, ЧТО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ НА СТАДИИ	В	Госпитальная терапия
		О	А	гиперфилтрации		
		О	Б	микроальбуминурии		
		О	В	протеинурии		
		О	Г	начальных морфологических изменений		
589	ПК-4	В		ПРИЧИНОЙ ВОДЯНКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ МОЖЕТ БЫТЬ	Б	Госпитальная хирургия
		О	А	рак поджелудочной железы		
		О	Б	камень пузырного протока		
		О	В	камень желчного пузыря		
		О	Г	стеноз большого дуоденального сосочка		
600	ПК-4	В		ОСНОВНЫМИ СИМПТОМАМИ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ ЯВЛЯЮТСЯ	Г	Акушерство и гинекология
		О	А	боли в низу живота неясного характера		
		О	Б	увеличенные размеры и мягкая консистенция матки		
		О	Г	слизистые выделения из половых путей		

		О	В	ациклические кровяные выделения из половых путей		
601	ПК-4	В		МИНИМАЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ ВОЗ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ВЗОМТ	Б	Акушерство и гинекология
		О	А	болезненность при пальпации нижней части живота		
		О	Б	болезненность при пальпации нижней части живота, болезненность в области придатков, болезненные тракции шейки матки		
		О	В	болезненность при пальпации нижней части живота, болезненные тракции шейки матки, температура тела выше 37,3 °С		
		О	Г	болезненность при пальпации нижней части живота, температура тела выше 37,3 °С		
6-2	ПК-4	В		ДЛЯ СТОЛБНЯКА ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ СИМПТОМОВ	А	Инфекционные болезни
		О	А	тризм, тонические судороги, ясное сознание		
		О	Б	тонические судороги, тризм, нарушение сознания		
		О	В	тризм, обильная саливация, нарушение сознания		
		О	Г	тризм, гидрофобия, параличи мышц конечностей, ясное сознание		
603	ПК-4	В		РАК ПОЧКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО МЕТАСТАЗИРУЕТ В	В	Онкология, лучевая терапия
		О	А	легкие и печень		
		О	Б	кости и печень		
		О	В	кости и легкие		
		О	Г	забрюшинные лимфоузлы и печень		

	ПК-4	В	088	ГИДРАДЕНИТ - ЭТО ВОСПАЛЕНИЕ	В	Факультетская хирургия
		О	А	волосяных фолликулов		
		О	Б	экринных желез		
		О	В	апокриновых желез		
		О	Г	молочных желез		
604	ПК-4	В		МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЕЗНЕЙ, ТРАВМ И ПРОБЛЕМ, СВЯЗАННЫХ СО ЗДОРОВЬЕМ - ЭТО	Б	Факультетская терапия
		О	А	справочник для проведения кодировки заболеваний, травм и проблем, связанных со здоровьем		
		О	Б	система группировки болезней и патологических состояний отражающая современный этап развития медицинской науки		
		О	В	методическое руководство для статистических разработок		
		О	Г	документ, ежегодно издаваемый Министерством РФ		
605	ПК-4	В		ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ	Г	Кардиология и ССХ
		О	А	велозргометрию		
		О	Б	коронароангиографию		
		О	В	сцинтиграфию миокарда		
		О	Г	эхокардиографию		
606	ПК-4	В		ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ОСТРЕЙШЕГО ПЕРИОДА ИНФАРКТА МИОКАРДА СОСТАВЛЯЕТ ДО ____ ЧАСОВ	А	Кардиология и ССХ
		О	А	2		
		О	Б	6		

		О	В	12		
		О	Г	24		
607	ПК-4	В		НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ ИБС НА ЭКГ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННОЙ ВНЕ ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ, ЯВЛЯЕТСЯ	Б	Кардиология и ССХ
		О	А	изменения сегмента ST и зубца Т		
		О	Б	признаки крупноочаговых изменений		
		О	В	блокада ветвей пучка Гиса		
		О	Г	нарушения ритма сердца		
608	ПК-4	В		ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЧСС ПРИ ПОСТОЯННОЙ ФОРМЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОКАЗАНЫ	Б	Кардиология и ССХ
		О	А	ингибиторы if-каналов (ивабрадин)		
		О	Б	бета-адреноблокаторы		
		О	В	нитраты		
		О	Г	ингибиторы АПФ		
609	ПК-4	В		ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ	Г	Госпитальная терапия
		О	А	эндокардит с поражением митрального клапана		
		О	Б	кардиосклероз		
		О	В	миокардит		
		О	Г	экссудативный перикардит		
610	ПК-4	В		ДЛЯ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ХАРАКТЕРНО	Б	Госпитальная терапия
		О	А	инфаркты околоногтевого ложа		
		О	Б	инфаркты околоногтевого ложа,		

				склеродактилия		
		О	В	остеосклероз ногтевых фаланг пальцев		
		О	Г	остеосклероз ногтевых фаланг пальцев, склеродактилия		
611	ПК-4	В		НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМИ МЕТОДАМИ ДИАГНОСТИКИ ПЫЛЕВОГО БРОНХИТА ЯВЛЯЮТСЯ	Г	Профессиональные болезни
		О	А	анализ мокроты, кожные пробы, рентгенография легких		
		О	Б	анализ мокроты, бронхоскопия, рентгенография легких		
		О	В	бронхоскопия, исследование функции внешнего дыхания		
		О	Г	бронхоскопия, исследование функции внешнего дыхания, рентгенография легких		
612	ПК-4	В		СТУЛ 5-10 РАЗ В СУТКИ, ЖИРНЫЙ, ОБИЛЬНЫЙ, РЕЗИСТЕНТНЫЙ К АНТИДИАРЕЙНЫМ СРЕДСТВАМ В СОЧЕТАНИИ С АРТРАЛГИЯМИ, УСИЛЕННОЙ ПИГМЕНТАЦИЕЙ КОЖИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ	А	Госпитальная терапия
		О	А	болезни Уиппла		
		О	Б	дисахаридазной недостаточности		
		О	В	целиакии		
		О	Г	болезни Крона		
613	ПК-4	В		РАЗВЕРНУТАЯ СТАДИЯ ЭРИТРЕМИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОКРАСНЕНИЕМ ЛИЦА И	А	Факультетская терапия
		О	А	гепатоспленомегалией, эритроцитозом и тромбоцитозом		
		О	Б	гиперемией лица в виде «бабочки», гепатоспленомегалией		
		О	В	эритроцитозом и тромбоцитозом, наличием «филадельфийской хромосомы»		

		О	Г	гепатоспленомегалией, наличием «филадельфийской хромосомы»		
614	ПК-4	В		ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК В ВИДЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ	В	Госпитальная терапия
		О	А	анкилозирующего спондилита		
		О	Б	дерматомиозита		
		О	В	системной красной волчанки		
		О	Г	ревматоидного артрита		
615	ПК-4	В		ДЛЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА ХАРАКТЕРНО	Б	Факультетская терапия
		О	А	быстрое развитие симптомов и ожирение		
		О	Б	быстрое развитие симптомов и кетоацидоз в дебюте		
		О	В	быстрое развитие и диабетическая ретинопатия в дебюте		
		О	Г	медленное развитие симптомов и снижение массы тела		
616	ПК-4	В		ЛАКТАЦИДЕМИЧЕСКУЮ КОМУ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ МОЖЕТ СПРОВОЦИРОВАТЬ ПРИЕМ	Г	Факультетская терапия
		О	А	инсулина		
		О	Б	диабетона		
		О	В	глифлозина		
		О	Г	глюкофажа		
617	ПК-4	В		У ПАЦИЕНТА ЧЕРЕЗ 1 ГОД ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПОЯВИЛАСЬ БЕЗБОЛЕВАЯ ЖЕЛТУХА, ЗА ПОСЛЕДНИЙ МЕСЯЦ ПОТЕРЯЛ В МАССЕ ТЕЛА 20 КГ. НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ	Б	Госпитальная хирургия
		О	А	обтурационный холедохолитиаз		

		О	Б	рак головки поджелудочной железы		
		О	В	вирусный гепатит		
		О	Г	токсический гепатит		
618	ПК-4	В		ВЕРНО УТВЕРЖДЕНИЕ О ГРЫЖАХ	А	Госпитальная хирургия
		О	А	при бедренной грыже у женщин часто возникает ущемление тонкой кишки		
		О	Б	косая паховая грыжа выходит через треугольник Хессельбаха		
		О	В	вентральная грыжа выходит через полулунную линию		
		О	Г	прямая паховая грыжа спускается в мошонку		
619	ПК-4	В		РАННИМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО ТРОМБОЗА АРТЕРИЙ ЯВЛЯЕТСЯ	Г	Госпитальная хирургия
		О	А	отек		
		О	Б	похолодание конечности		
		О	В	парестезии		
		О	Г	боль		
620	ПК-4	В		HELLP СИНДРОМ – ЭТО:		
		О	А	снижение тромбоцитов, повышение ЛДГ, повышение непрямого билирубина	В	Акушерство и гинекология
		О	Б	повышение трансаминаз, снижение тромбоцитов, повышение ЛДГ, креатинина		
		О	В	гемолиз, повышение трансаминаз, снижение тромбоцитов		
		О	Г	повышение трансаминаз, снижение тромбоцитов		
621	ПК-4	В		ОСНОВНОЙ ПУТЬ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ ПРИ РАКЕ	Г	Акушерство и гинекология

				ЭНДОМЕТРИЯ		
		О	А	имплантационный		
		О	Б	гематогенный		
		О	В	контактный		
		О	Г	лимфогенный		
622	ПК-4	В		ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ	Г	Акушерство и гинекология
		О	А	раздельное диагностическое выскабливание		
		О	Б	гистероскопия		
		О	В	УЗИ		
		О	Г	биопсия эндометрия		
623	ПК-4	В		ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ЛИКВОРА ДОСТОВЕРНЫМ КРИТЕРИЕМ МЕНИНГОКОККОВОГО МЕНИНГИТА ЯВЛЯЕТСЯ	В	Инфекционные болезни
		О	А	плеоцитоз		
		О	Б	лимфоцитарный плеоцитоз		
		О	В	обнаружение возбудителя		
		О	Г	снижение сахара		
624	ПК-7	В		К НЕОТЛОЖНЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ИНСУЛЬТА ОТНОСИТСЯ	В	Кардиология, ССХ
		О	А	проведение ноотропной терапии		
		О	Б	проведение гемостатической терапии		
		О	В	восстановление перфузии в бассейне пораженного сосуда		
		О	Г	профилактика трофических осложнений		

625	ПК-4	В		ИЛЛЮЗИИ – ЭТО	А	Психиатрия, медицинская психология
		О	А	гиперестезия, искаженное восприятие реального объекта по форме		
		О	Б	гиперестезия, искаженное восприятие реального объекта по содержанию		
		О	В	искаженное восприятие реального объекта по форме и содержанию		
		О	Г	гиперестезия, восприятие несуществующего объекта		
626	ПК-4	В		КРИТЕРИИ ИЗЛЕЧЕННОСТИ ГОНОРЕИ УСТАНОВЛИВАЮТСЯ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ В ТЕЧЕНИЕ ____ МЕС	В	Дерматовенерология
		О	А	1		
		О	Б	2		
		О	В	3		
		О	Г	4		
627	ПК-4	В		ПРИЧИНОЙ ПОВЫШЕНИЯ УРОВНЯ СЕРДЕЧНЫХ ТРОПОНИНОВ В КРОВИ ПРИ ОТСУТСТВИИ ОЧЕВИДНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ИБС МОЖЕТ БЫТЬ	В	Кардиология и ССХ
		О	А	острый холецистит		
		О	Б	острый панкреатит		
		О	В	миокардит		
		О	Г	обострение ХОБЛ		
628	ПК-4	В		ПРИЗНАКОМ ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ЭКГ ЯВЛЯЕТСЯ	А	Кардиология и ССХ
		О	А	дискордантный подъём сегмента ST		
		О	Б	низкий вольтаж зубца Р в стандартных отведениях		
		О	В	удлинение интервала PQ		
		О	Г	отрицательный зубец Т		

629	ПК-4	В		В ДИАГНОСТИКЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА РЕШАЮЩУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ	Г	Кардиология и ССХ
		О	А	аускультативная динамика шумов сердца		
		О	Б	нарастание сердечной недостаточности		
		О	В	гепатоспленомегалия		
		О	Г	наличие вегетаций на клапанах при ЭхоКГ		
630	ПК-4	В		РАННИМ ЭКГ ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО ПЕРИКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ	В	Кардиология и ССХ
		О	А	депрессия сегмента ST		
		О	Б	отрицательный зубец Т		
		О	В	подъем выпуклого сегмента ST		
		О	Г	подъем вогнутого сегмента ST		
631	ПК-4	В		ГЕМОМРАГИЧЕСКАЯ ПНЕВМОНИЯ В СОЧЕТАНИИ С ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ	В	Госпитальная терапия
		О	А	туберкулеза		
		О	Б	инфаркта легких		
		О	В	синдрома Гудпасчера		
		О	Г	рака легких		
632	ПК-4	В		ГИПЕРТОНУС НИЖНЕГО ПИЩЕВОДНОГО СФИНКТЕРА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ	В	Госпитальная терапия
		О	А	гастроэзофагеальной рефлюксной болезни		
		О	Б	грыжи пищевода отверстия диафрагмы		
		О	В	ахалазии кардии		
		О	Г	склеродермии		
633	ПК-4	В		БОЛЕЗНЬ КРОНА ПО ЭТИОПАТОГЕНЕЗУ ОТНОСИТСЯ К	Б	Факультетская терапия

		О	А	инфекционным заболеваниям		
		О	Б	воспалительным заболеваниям с аутоиммунным механизмом развития		
		О	В	обменно-дистрофическим заболеваниям		
		О	Г	вирусным заболеваниями		
634	ПК-4	В		ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЮТ СЛЕДУЮЩИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ	Г	Факультетская терапия
		О	А	вид «булыжной мостовой»		
		О	Б	мешковидные выпячивания по контуру кишки		
		О	В	множественные гаустрации		
		О	Г	изменения гаустрации, вплоть до её исчезновения, укорочение и сужение просвета кишки		
635	ПК-4	В		ЛАТЕНТНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТЕСТА НА ЦИФРОВУЮ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕНА ПРИ ЗАТРАТЕ ВРЕМЕНИ ____ СЕК	Б	Неврология
		О	А	30-40		
		О	Б	40-60		
		О	В	61-90		
		О	Г	91-120		
636	ПК-4	В		СИНДРОМ ФУНИКУЛЯРНОГО МИЕЛОЗА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ АНЕМИИ	Б	Факультетская терапия
		О	А	железодефицитной		
		О	Б	В12- дефицитной		
		О	В	аутоиммунной гемолитической		
		О	Г	апластической		

637	ПК-4	В		ТРАХЕИТ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ	А	Факультетская терапия
		О	А	гриппа		
		О	Б	парагриппа		
		О	В	риновирусной инфекции		
		О	Г	аденовирусной инфекции		
638	ПК-4	В		ЦЕНКЕРОВСКИЙ ДИВЕРТИКУЛ ПИЩЕВОДА ЛОКАЛИЗУЕТСЯ	Б	Госпитальная хирургия
		О	А	в области бифуркации трахеи		
		О	Б	в глоточно-пищеводном переходе		
		О	В	над диафрагмой		
		О	Г	в верхней трети пищевода		
639	ПК-4	В		К РАДИКАЛЬНЫМ ОПЕРАЦИЯМ ПРИ АЛЬВЕОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ ОТНОСЯТ	Б	Госпитальная хирургия
		О	А	резекцию кускования		
		О	Б	атипичную резекцию печени		
		О	В	дренирование полости распада		
		О	Г	транспечёночное дренирование		
640	ПК-4	В		ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ОПОЯСЫВАЮЩИХ БОЛЕЙ, ЖЕЛТУХИ, ХОЛАНГИТА ЧЕРЕЗ МЕСЯЦ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН	В	Госпитальная хирургия
		О	А	обтурационный холедолитиаз		
		О	Б	посттравматическая стриктура холедоха		
		О	В	обтурационный папиллолитиаз		
		О	Г	оставление длинной культи пузырного протока		

641	ПК-4	В		НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ПУТЬ ПРОНИКНОВЕНИЯ ИНФЕКЦИИ В ПАРАРЕКТАЛЬНУЮ КЛЕТЧАТКУ	Г	Факультетская хирургия
		О	А	лимфогенный		
		О	Б	гематогенный		
		О	В	через тромбированные геморроидальные узлы		
		О	Г	через анальную крипту		
642	ПК-4	В		РАЗЛИЧАЮТ ПНЕВМОТОРАКС	А	Травматология, ортопедия
		О	А	открытый, закрытый, клапанный		
		О	Б	открытый, закрытый, смешанный		
		О	В	смешанный, полуоткрытый, полужакрытый		
		О	Г	полуоткрытый, полужакрытый, клапанный		
643	ПК-4	В		МЕНОПАУЗА - ЭТО	Б	Акушерство и гинекология
		О	А	период после последней менструации		
		О	Б	возраст последней менструации		
		О	В	период естественного старения организма		
		О	Г	период, предшествующей старости		
644	ПК-4	В		ПРИ СИНДРОМЕ ШИХАНА АМЕНОРЕЯ ИМЕЕТ ФОРМУ	Б	Акушерство и гинекология
		О	А	гипоталамическую		
		О	Б	гипофизарную		
		О	В	яичниковую		
		О	Г	маточную		
645	ПК-4	В		АСЦИТ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ	Б	Акушерство и гинекология
		О	А	миомы матки		

		О	Б	рака яичника		
		О	В	эндометриоза яичника		
		О	Г	фолликулярной кисты яичника		
646	ПК-4	В		К ВНУТРЕННЕМУ ГЕНИТАЛЬНОМУ ЭНДОМЕТРИОЗУ (АДЕНОМИОЗУ) ОТНОСЯТ ЭНДОМЕТРИОЗ	В	Акушерство и гинекология
		О	А	брюшины		
		О	Б	шейки матки		
		О	В	тела матки и интерстициальной части маточных труб		
		О	Г	яичников		
647	ПК-4	В		НАИБОЛЕЕ КОРОТКИЙ ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД (ОТ 30 МИН ДО 2-10 ЧАСОВ) ИМЕЕТ ПИЩЕВАЯ ТОКСИКОИНФЕКЦИЯ	В	Инфекционные болезни
		О	А	энтерококковая		
		О	Б	стрептококковая		
		О	В	стафилококковая		
		О	Г	эшерихиозная		
648	ПК-4	В		ДЛЯ ПАРАГРИППА ХАРАКТЕРЕН	В	Инфекционные болезни
		О	А	тонзиллит		
		О	Б	фарингит		
		О	В	ларингит		
		О	Г	трахеит		
649	ПК-4	В		В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ ЧАЩЕ ДРУГИХ ВСТРЕЧАЕТСЯ СИНДРОМ	Б	Психиатрия и мед.психология
		О	А	деменции		
		О	Б	психоорганический		

		О	В	параноидный		
		О	Г	онейроидный		
650	ПК-4	В		БРЕДОВЫЕ ИДЕИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ	А	Психиатрия и мед.психология
		О	А	наличием болезненной основы для их возникновения, убежденностью субъекта в их истинности, недоступностью психологической коррекции		
		О	Б	наличием болезненной основы для их возникновения, убежденностью субъекта в их истинности, навязчивой повторяемостью		
		О	В	убежденностью субъекта в их истинности, навязчивой повторяемостью, недоступностью психологической коррекции		
		О	Г	наличием болезненной основы для их возникновения, убежденностью субъекта в их истинности, навязчивой повторяемостью		
651	ПК-4	В		СИМПТОМ АРДИ-ГОРЧАКОВА ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ	Г	Дерматовенерология
		О	А	педикулезе		
		О	Б	лейшманиозе		
		О	В	вульгарных угрей		
		О	Г	чесотке		
652	ПК-4	В		ПОЛИМОРФИЗМ ВЫСЫПАНИЙ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ	Г	Дерматовенерология
		О	А	вульгарной пузырчатки		
		О	Б	буллезного пемфигоида		
		О	В	листовидной пузырчатки		
		О	Г	болезни Дюринга		

653	ПК-4	В		К ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НЕ ОТНОСИТСЯ	В	Кардиология и ССХ
		О	А	хроническое психоэмоциональное напряжение		
		О	Б	избыточное потребление поваренной соли		
		О	В	избыточное потребление белков		
		О	Г	избыточная масса тела		
654	ПК-4	В		НЕСТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ ПРОГНОСТИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНА ВОЗМОЖНЫМ РАЗВИТИЕМ	Б	Кардиология и ССХ
		О	А	фатальных нарушений ритма сердца		
		О	Б	инфаркта миокарда		
		О	В	тромбоэмболических осложнений		
		О	Г	легочной гипертензии		
655	ПК-4	В		ТРОМБОЭМБОЛИИ ПРИ ПОСТОЯННОЙ ФОРМЕ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВОЗНИКАЮТ ПРИ	Б	Кардиология и ССХ
		О	А	ишемической болезни сердца		
		О	Б	митральном пороке сердца		
		О	В	артериальной гипертензии		
		О	Г	идиопатической мерцательной аритмии		
656	ПК-4	В		ОТНОСИТЕЛЬНО НИЗКИЙ РИСК ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ С СИНКОПАЛЬНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ	Г	Кардиология и ССХ
		О	А	аортального стеноза		
		О	Б	гипертрофической кардиомиопатии		
		О	В	дилатации камер сердца со сниженной фракцией выброса		
		О	Г	синдрома слабости синусового узла		

657	ПК-4	В		ГИПЕРХРОМНЫЙ МАКРОЦИТОЗ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ АНЕМИИ	В	Факультетская терапия
		О	А	постгеморрагической		
		О	Б	железодефицитной		
		О	В	В ₁₂ -дефицитной		
		О	Г	гемолитической		
658	ПК-4	В		ПОЯВЛЕНИЕ БЕЛКА БЕНС-ДЖОНСА В МОЧЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ	Г	Факультетская терапия
		О	А	хронической печеночной недостаточности		
		О	Б	хронической почечной недостаточности		
		О	В	острой ревматической болезни		
		О	Г	миеломной болезни		
659	ПК-4	В		НАИМЕНЬШАЯ ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА -	В	Факультетская терапия
		О	А	волчаночный нефрит		
		О	Б	диабетическая нефропатия		
		О	В	поликистоз почек		
		О	Г	тромбоз почечных вен		
660	ПК-4	В		ОСНОВНОЙ МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ИНСУЛИНУ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ	В	Факультетская терапия
		О	А	увеличение выработки ФНО – альфа		
		О	Б	увеличение продукции лептина		
		О	В	снижение продукции адипонектина		
		О	Г	увеличение продукции интерлейкина – 6		

661	ПК-7	В		ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЯВЛЯЕТСЯ	А	Клиническая фармакология
		О	А	амоксциллин внутрь		
		О	Б	ампициллин внутрь		
		О	В	азитромицин в/мышечно		
		О	Г	линкомицин в/мышечно		
662	ПК-4	В		ПРИ АНАЭРОБНОЙ ГАЗОВОЙ ИНФЕКЦИИ В ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ВОВЛЕКАЮТСЯ	Г	Госпитальная хирургия
		О	А	только мышцы		
		О	Б	только соединительная ткань		
		О	В	преимущественно подкожная жировая клетчатка и кожа		
		О	Г	все виды мягких тканей		
663	ПК-4	В		ОБЛИТЕРИРУЮЩИЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ	В	Госпитальная хирургия
		О	А	возникновением трофических язв в области коленных суставов		
		О	Б	летучими болями в суставах конечности		
		О	В	перемежающейся хромотой		
		О	Г	молниеносным некрозом стопы		
664	ПК-4	В		ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ, СОПРОВОЖДАЮЩЕМСЯ ЖЕЛТУХОЙ, ПОСЛЕ ДОСТИЖЕНИЯ РЕМИССИИ	А	Госпитальная хирургия
		О	А	плановая холецистэктомия		

		О	Б	лечение препаратами УДХК амбулаторно		
		О	В	дробление камней ультразвуком		
		О	Г	санаторно-курортное лечение		
665	ПК-4	В		ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ АРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ	Б	Травматология, ортопедия
		О	А	медиальным перелом шейки бедра		
		О	Б	ревматоидным полиартритом		
		О	В	туберкулезным гонитом		
		О	Г	гонорейным гонитом		
666	ПК-4	В		КРИТЕРИЯМИ ДИАГНОЗА СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ЯВЛЯЮТСЯ	Г	Акушерство и гинекология
		О	А	увеличение АМГ		
		О	Б	повышение СА-125, изменения при УЗИ		
		О	В	гиперпролактинемия, гиперандрогенемия		
		О	Г	олигоановуляция, гиперандрогенемия, эхографические признаки по УЗИ		
667	ПК-4	В		АУТОИНВАЗИЯ ЧАСТО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ	Г	Инфекционные болезни
		О	А	описторхозе		
		О	Б	дифиллоботриозе		
		О	В	аскаридозе		
		О	Г	энтеробиозе		
668	ПК-4	В		ПРИ СТРЕПТОДЕРМИЯХ ПОРАЖАЮТСЯ	Г	Дерматовенерология
		О	А	волосяные фолликулы		
		О	Б	сальные железы		

		О	В	потовые железы		
		О	Г	гладкая кожа		
669	ПК-4	В		ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ ЯВЛЯЮТСЯ	Г	Кардиология и ССХ
		О	А	увеличение концентрации в плазме крови альдостерона		
		О	Б	высокий уровень в моче 5-оксииндолуксуюной кислоты		
		О	В	низкий уровень катехоламинов в крови и моче		
		О	Г	признаки опухоли надпочечника и гиперпродукция катехоламинов		
670	ПК-4	В		НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА	Б	Кардиология и ССХ
		О	А	кардиогенный шок		
		О	Б	нарушение ритма		
		О	В	полная АВ-блокада		
		О	Г	левожелудочковая недостаточность		
671	ПК-4	В		СИМПТОМЫ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (ОДЫШКА, СЕРДЦЕБИЕНИЕ, СЛАБОСТЬ) ПРИ ХСН ФК IV КЛАССА В СООТВЕТСТВИИ С КЛАССИФИКАЦИЕЙ NYHA	Г	Кардиология и ССХ
		О	А	возникают при обычной нагрузке		
		О	Б	присутствуют в покое, но уменьшаются при нагрузке		
		О	В	отсутствуют в покое, но возникают при минимальных нагрузках		
		О	Г	имеются в покое и усиливаются при любой физической нагрузке		
672	ПК-4	В		КАРДИТ, ПОЛИАРТРИТ, ПОДКОЖНЫЕ УЗЕЛКИ, ЭРИТЕМА,	В	Госпитальная терапия

				ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКАМИ		
		О	А	инфекционного эндокардита		
		О	Б	неспецифического миокардита		
		О	В	ревмокардита		
		О	Г	перикардита		
673	ПК-4	В		НА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ХАРАКТЕР СУСТАВНЫХ БОЛЕЙ УКАЗЫВАЕТ	Б	Госпитальная терапия
		О	А	боль возникает при нагрузке на сустав		
		О	Б	припухлость сустава, гипертермия кожи над суставом		
		О	В	хруст в суставе, припухлость сустава		
		О	Г	деформация сустава, хруст в суставе		
674	ПК-4	В		ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫЗЫВАЕТСЯ	Б	Факультетская терапия
		О	А	стафилококком		
		О	Б	пневмококком		
		О	В	клебсиеллой		
		О	Г	легионеллой		
675	ПК-4	В		НЕОТЪЕМЛЕМОЙ ЧАСТЬЮ ХОБЛ ЯВЛЯЕТСЯ	В	Факультетская терапия
		О	А	обтурационный ателектаз		
		О	Б	гидроторакс		
		О	В	эмфизема		
		О	Г	торакалгия		
676	ПК-4	В		ДВУХСТОРОННЯЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ	Б	Факультетская терапия
		О	А	альдостеромы		
		О	Б	болезни Иценко-Кушинга		
		О	В	феохромоцитомы		
		О	Г	глюкокортикостеромы		

677	ПК-4	В		ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПОКОРТИЦИЗМА ХАРАКТЕРНО	Г	Факультетская терапия
		О	А	низкий уровень АКТГ и ренина в плазме крови		
		О	Б	нормальный уровень АКТГ и ренина в плазме		
		О	В	высокое содержание кортизола и альдостерона		
		О	Г	низкий уровень кортизола и альдостерона		
678	ПК-4	В		ДЛЯ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ТИПИЧНО	Б	Факультетская терапия
		О	А	сочетание гипертонического криза с повышением температуры тела		
		О	Б	гипертонический криз заканчивается обильным потоотделением и полиурией		
		О	В	неэффективность гипотензивной терапии мочегонными		
		О	Г	ортостатическая гипотензия		
679	ПК-4	В		ПРИСТУП ПЕЧЕНОЧНОЙ КОЛИКИ ОБЫЧНО ПРОВОЦИРУЕТСЯ	В	Факультетская терапия
		О	А	переохлаждением		
		О	Б	приёмом алкоголя		
		О	В	употреблением жирной и жареной пищи		
		О	Г	тяжелой физической нагрузкой		
680	ПК-4	В		ДЛЯ ТАЗОВОГО РАСПОЛОЖЕНИЯ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА ХАРАКТЕРНО	Б	Факультетская хирургия
		О	А	положительный симптом Щеткина-Блюмберга		
		О	Б	резкая болезненность при ректальном исследовании		
		О	В	высокая температура тела		

		О	Г	высокий лейкоцитоз		
681	ПК-4	В		НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ А ПЕРИТОНИТА ЯВЛЯЕТСЯ ОСТРЫЙ		Факультетская хирургия
		О	А	аппендицит		
		О	Б	панкреатит		
		О	В	энтероколит		
		О	Г	холецистит		
682	ПК-4	В		ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ГЕМОРРОЯ ДОСТАТОЧНО	Г	Факультетская хирургия
		О	А	ректороманоскопии		
		О	Б	ирригоскопии		
		О	В	колоноскопии		
		О	Г	Пальцевого исследования прямой кишки		
683	ПК-4	В		ЧАЩЕ ВСЕГО ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В	Г	Госпитальная хирургия
		О	А	плечевой кости		
		О	Б	костях предплечья		
		О	В	в грудине		
		О	Г	бедренной и большеберцовой кости		
684	ПК-4	В		ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА ПРИ СУБКОМПЕНСИРОВАННОМ СТЕНОЗЕ ПРИВРАТНИКА ЯВЛЯЕТСЯ	Г	Госпитальная хирургия
		О	А	экономная резекция желудка		
		О	Б	гастродуоденостомия		
		О	В	гастроэнтеростомия		
		О	Г	селективная проксимальная ваготомия с пилоропластикой		

685	ПК-4	В		КАРДИНАЛЬНЫМИ СИМПТОМАМИ ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЯВЛЯЮТСЯ	Г	Факультетская хирургия
		О	А	высокая температура		
		О	Б	пульсирующая боль		
		О	В	локальная припухлость		
		О	Г	появление свищей		
686	ПК-4	В		ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ДЛЯ ВРОЖДЕННОЙ КРИВОШЕИ ЯВЛЯЕТСЯ	Б	Детская хирургия
		О	А	порок первичной закладки		
		О	Б	дисплазия		
		О	В	родовая травма		
		О	Г	неправильное родовспоможение		
687	ПК-4	В		ДЛЯ ПАРАТОНЗИЛЛИТА ХАРАКТЕРНО	Б	Оториноларингология
		О	А	инфильтрация зачелюстной оболочки		
		О	Б	воспаление околоминдалиновой клетчатки		
		О	В	воспаление заглоточных лимфатических узлов		
		О	Г	нагноение ткани миндалин		
688	ПК-4	В		ПРИ РАЗДРАЖЕНИИ ЗАТЫЛОЧНОЙ КОРКОВОЙ ОБЛАСТИ ВОЗНИКАЮТ ГАЛЛЮЦИНАЦИИ	В	Психиатрия, медицинская психология
		О	А	обонятельные		
		О	Б	тактильные		
		О	В	зрительные		
		О	Г	слуховые		
680	ПК-4	В		СПИНАЛЬНАЯ АМИОТРОФИЯ ВЕРДНИГА - ГОФФМАНА НАСЛЕДУЕТСЯ ПО _____ ТИПУ	А	Неврология, медицинская генетика, нейрохирургия

		О	А	аутосомно-рецессивному		
		О	Б	аутосомно-доминантному		
		О	В	рецессивному, связанному с полом (X-хромосома)		
		О	Г	доминантному, связанному с полом (X-хромосома)		
681	ПК-4	В		К АЛКОГОЛЬНЫМ ПСИХОЗАМ ОТНОСЯТСЯ	Б	Психиатрия, медицинская психология
		О	А	делирий, онейроид		
		О	Б	делирий, корсаковский психоз		
		О	В	фебрильная кататония, онейроид		
		О	Г	делирий, фебрильная кататония		
682	ПК-4	В		ДЛЯ ПСИХИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ ПРИ НАРКОМАНИИ ХАРАКТЕРНО	А	Психиатрия, медицинская психология
		О	А	состояние психического комфорта в опьянении		
		О	Б	изменение формы потребления наркотика		
		О	В	физический комфорт в интоксикации		
		О	Г	рост толерантности.		
683	ПК-4	В		ЛЕЧЕНИЕ АНТИМАЛЯРИЙНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ	Б	Дерматовенерология
		О	А	истинной пузырчатке		
		О	Б	дискоидной красной волчанке		
		О	В	трихомониазе		
		О	Г	герпетиформном дерматите Дюринга		
684	ПК-4	В		МИОМАЛЯЦИЯ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПОЯВЛЯЕТСЯ	В	Госпитальная терапия
		О	А	в первые сутки		

		О	Б	через 3-5 дней		
		О	В	через 7-10 дней		
		О	Г	через 2-3 недели		
685	ПК-4	В		ПОВЫШЕННАЯ УТОМЛЯЕМОСТЬ, ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ НЕУСТОЙЧИВОСТЬ, НАРУШЕНИЯ КООРДИНАЦИИ МЕЛКИХ ДВИЖЕНИЙ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ _____ СТЕПЕНИ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ	А	Психиатрия, медицинская психология
		О	А	легкой		
		О	Б	средней		
		О	В	сильной		
		О	Г	тяжелой		
686	ПК-4	В		ПСИХОГЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА, ВОЗНИКАЮЩИЕ ВСЛЕДСТВИЕ НЕПРАВИЛЬНЫХ, НЕОСТОРОЖНЫХ ВЫСКАЗЫВАНИЙ ИЛИ ДЕЙСТВИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, НАЗЫВАЮТСЯ	Г	Психиатрия, медицинская психология
		О	А	эгогией		
		О	Б	эгрогенией		
		О	В	аггравацией		
		О	Г	ятрогенией		
687	ПК-4	В		У МУЖЧИНЫ 40 ЛЕТ ПОСЛЕ АЛКОГОЛЬНОГО ЭКСЦЕССА НОЧЬЮ ПОЯВИЛИСЬ БОЛИ В I ПАЛЬЦЕ СТОПЫ, ОТЁК, ГИПЕРЕМИЯ. ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ	В	Госпитальная терапия
		О	А	реактивный артрит		
		О	Б	ревматоидный артрит		
		О	В	подагрический артрит		
		О	Г	бурсит		

688	ПК-4	В		ДЛЯ ПНЕВМОНИИ ВЫЗВАННОЙ КЛЕБСИЕЛЛОЙ ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ ДОЛИ ЛЕГКОГО	Б	Факультетская терапия
		О	А	верхней слева		
		О	Б	верхней справа		
		О	В	нижней слева		
		О	Г	нижней справа		
689	ПК-4	В		НЕОТЪЕМЛЕМОЙ ЧАСТЬЮ ХОБЛ ЯВЛЯЕТСЯ	А	Госпитальная терапия
		О	А	эмфизема		
		О	Б	гидроторакс		
		О	В	обтурационный ателектаз		
		О	Г	торакалгия		
690	ПК-4	В		МУКОВИСЦИДОЗ МОЖНО ПОДТВЕРДИТЬ СЛЕДУЮЩИМ ИССЛЕДОВАНИЕМ	Г	Госпитальная терапия
		О	А	рентгенография грудной клетки		
		О	Б	цитологическое исследование костного мозга		
		О	В	бактериологический анализ кала		
		О	Г	определение концентрации хлоридов в поте		
691	ПК-4	В		ПОСТОЯННАЯ БОЛЬ В ЖИВОТЕ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ПАНКРЕАТИТА, НЕ КОНТРОЛИРУЕМАЯ СПАЗМОЛИТИКАМИ, ИПП, ОБЕЗБОЛИВАЮЩИМИ СРЕДСТВАМИ ОБУСЛОВЛЕНА	Б	Факультетская терапия
		О	А	панкреатолитиазом		
		О	Б	протоковой гипертензией		
		О	В	тканевой гипертензией		
		О	Г	периневральным воспалением или фиброзом		

692	ПК-4	В		ПРИ ПЕЧЕНОЧНО-КЛЕТОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАИБОЛЕЕ РАННИМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ	В	Факультетская терапия
		О	А	холестерина		
		О	Б	протромбинового индекса		
		О	В	альбуминов		
		О	Г	фибриногена		
		В	024	НАИБОЛЬШЕЙ ПРОТИВОКИСЛОТНОЙ АКТИВНОСТЬЮ ПРИ ЯЗВОЗАЖИВЛЯЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ОБЛАДАЮТ	Г	Клиническая фармакология
		О	А	антациды		
		О	Б	М-холиноблокаторы		
		О	В	H ₂ -гистаминоблокаторы		
		О	Г	ингибиторы протонной помпы		
693	ПК-4	В		ДЛЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ АУТОИММУННОГО ХАРАКТЕРА ПАТОГНОМОНИЧНА	А	Факультетская терапия
		О	А	положительная прямая проба Кумбса		
		О	Б	реакция Квейма		
		О	В	проба Манту		
		О	Г	проба Хема		
694	ПК-4	В		ДЛЯ МОЧЕКИСЛОГО НЕФРОЛИТИАЗА ХАРАКТЕРНО	Г	Факультетская терапия
		О	А	резко щелочная реакция мочи, фосфатурия, наличие рентгеногегативного камня почки		
		О	Б	резко щелочная реакция мочи, гиперурикурия, наличие рентгеногегативного камня почки		
		О	В	резко щелочная реакция мочи, фосфатурия, гиперурикурия		
		О	Г	кислая реакция мочи, гиперурикурия, наличие рентгеногегативного камня		

				почки		
695	ПК-4	В		ДЛЯ ОСТРОГО ТРОМБОФЛЕБИТА ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ	Б	Факультетская хирургия
		О	А	гиперемии по ходу пораженных вен		
		О	Б	резкого отека нижней конечности		
		О	В	похолодания стопы		
		О	Г	симптома «перемежающейся хромоты»		
696	ПК-4	В		ПРИ СОТРЯСЕНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ	В	Неврология, нейрохирургия, медицинская генетика
		О	А	головная боль		
		О	Б	головокружение, нистагм		
		О	В	потеря сознания		
		О	Г	кровотечение из носа		
697	ПК-4	В		НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ СЛЕДУЮЩАЯ ДЕФОРМАЦИЯ СТОПЫ	Г	Травматология, ортопедия
		О	А	«полая» стопа		
		О	Б	«конская» стопа		
		О	В	пяточная шпора		
		О	Г	вальгусная деформация 1-го пальца		
698	ПК-4	В		ЭКЗОСТОЗНАЯ ХОНДРОДИСПЛАЗИЯ - ЭТО	А	Травматология, ортопедия
		О	А	порок развития эпифизарного хряща		
		О	Б	порок развития мезенхимы кости		
		О	В	заболевание воспалительного характера		
		О	Г	доброкачественная опухоль		
699	ПК-	В		ДЛЯ СИНДРОМА КРИГЛЕРА-	Б	Госпитальная

	4			НАЙЯРА II ТИПА ХАРАКТЕРНО		терапия
		О	А	выраженная желтуха		
		О	Б	умеренная желтуха		
		О	В	тяжелые неврологические нарушения		
		О	Г	резкое снижение зрения		
700	ПК-4	В		КРИТЕРИЕМ ИСКЛЮЧЕНИЯ ДИАГНОЗА СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ	Г	Госпитальная терапия
		О	А	частота стула более чем 3 раза в день		
		О	Б	твердый или бобовидный кал		
		О	В	продолжительное натуживание на протяжении акта дефекации		
		О	Г	лихорадка		
701	ПК-4	В		СИНДРОМ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ АМЕНОРЕИ-ГАЛАКТОРЕИ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПРИ	Б	Акушерство и гинекология
		О	А	некрозе тканей гипофиза		
		О	Б	опухоли гипофиза		
		О	В	тестикулярной феминизации		
		О	Г	шизофрении		
702	ПК-4	В		РАЗЛИЧАЮТ КЛИНИЧЕСКИЕ А ФОРМЫ ПЕРВИЧНОЙ ГЛАУКОМЫ	А	Офтальмология
		О	А	закрытоугольная, открытоугольная		
		О	Б	открытоугольная, псевдоэксфолиативная		
		О	В	афакическая, пигментная		
		О	Г	неоваскулярная, травматическая		
703	ПК-4	В		ПРИ НАЛИЧИИ ЛИХОРАДКИ, АНГИНЫ, ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИИ, ЛИМФОАДЕНОПАТИИ, ЛИМФОМОНОЦИТОЗА В КРОВИ, СЛЕДУЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ	А	Инфекционные болезни

		О	А	инфекционный мононуклеоз		
		О	Б	дифтерию		
		О	В	кандидоз		
		О	Г	скарлатину		
704	ПК-4	В		ИСТИННЫЕ ГАЛЛЮЦИНАЦИИ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ	Б	Психиатрия, медицинская психология
		О	А	синдроме Кандинского-Клерамбо		
		О	Б	делирии		
		О	В	истерическом синдроме		
		О	Г	неврастении		
705	ПК-4	В		ЭРИЗИПЕЛОИД ВЫЗЫВАЕТСЯ	В	Дерматовенерология
		О	А	стафилококком		
		О	Б	стрептококком		
		О	В	палочкой свиной рожи		
		О	Г	кишечной палочкой		
706	ПК-4	В		ПУТИ ЗАРАЖЕНИЯ ОСТРОКОНЕЧНЫМИ КОНДИЛОМАМИ	Б	Дерматовенерология
		О	А	бытовой контактный		
		О	Б	половой		
		О	В	трансфузионный		
		О	Г	воздушно-капельный		
707	ПК-4	В		ПРИ ОСТРОМ ПОДАГРИЧЕСКОМ АРТРИТЕ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПОРАЖАЮТСЯ СУСТАВЫ	В	Факультетская терапия
		О	А	межфаланговые первого пальца		
		О	Б	межфаланговые пятого пальца		
		О	В	первый плюснефаланговый		
		О	Г	пятый плюснефаланговый		

708	ПК-4	В		ДЛЯ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПОЛИАРТРИТА ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО КРУПНЫХ СУСТАВОВ И	А	Госпитальная терапия
		О	А	летучесть болей, купирование болевого синдрома НПВП		
		О	Б	летучесть болей, нестойкая деформация суставов		
		О	В	летучесть болей, развитие стойкой деформации суставов		
		О	Г	развитие стойкой деформации суставов, купирование болевого синдрома НПВП		
709	ПК-4	В		ПЛЕВРАЛЬНЫЙ ВЫПОТ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ХАРАКТЕРА ЯВЛЯЕТСЯ ТИПИЧНЫМ ДЛЯ	А	Факультетская терапия
		О	А	пневмонии		
		О	Б	ХСН		
		О	В	цирроза печени		
		О	Г	хронического гломерулонефрита		
800	ПК-4	В		ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ	Б	Факультетская терапия
		О	А	стойкое необратимое снижение ОФВ ₁ менее 90% от должной величины		
		О	Б	стойкое необратимое снижение ОФВ ₁ менее 80% от должной величины		
		О	В	положительный бронходилатационный тест		
		О	Г	колебания пиковой скорости выдоха (ПСВ) более 20%		
801	ПК-4	В		ХАРАКТЕРНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ	В	Факультетская терапия
		О	А	фуникулярный миелоз		
		О	Б	желтуха		

		О	В	сидеропенический синдром		
		О	Г	артериальная гипотензия		
802	ПК-4	В		ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗА ЯВЛЯЕТСЯ	Б	Факультетская терапия
		О	А	клетки Боткина-Гумпрехта в биоптатах		
		О	Б	клетки Березовского-Штернберга в биоптатах		
		О	В	диффузное поражение лимфатических узлов		
		О	Г	ранняя лимфоцитопения		
803	ПК-4	В		У ПАЦИЕНТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОДТВЕРЖДЕНИЕМ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРАЛЬДЕСТЕРОНИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ В КРОВИ УРОВНЯ АЛЬДОСТЕРОНА И	А	Госпитальная терапия
		О	А	снижение ренина		
		О	Б	снижение адреналина		
		О	В	повышение ренина		
		О	Г	повышение адреналина		
804	ПК-4	В		ПРИ РАСПРОСТРАНЕНИИ НЕКРОЗА НА СУСТАВЫ И КОСТИ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ _____ СТЕПЕНЬ ОТМОРОЖЕНИЯ	Г	Факультетская хирургия
		О	А	первая		
		О	Б	вторая		
		О	В	третья		
		О	Г	четвертая		
805	ПК-4	В		ПРИ МЕНИНГОКОККОВОМ МЕНИНГИТЕ ТИПИЧНЫМ ВОСПАЛЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ	В	Инфекционные болезни
		О	А	фибринозное		
		О	Б	геморрагическое		

		О	В	гнойное		
		О	Г	катаральное		
806	ПК-4	В		ДЛЯ ХОЛЕРЫ ХАРАКТЕРЕН МЕХАНИЗМ ДИАРЕЙНОГО СИНДРОМА	А	Инфекционные болезни
		О	А	воздействие токсина на аденилатциклазную систему		
		О	Б	инвазия возбудителя в энтероциты		
		О	В	внедрение возбудителя в подслизистый слой кишечника		
		О	Г	внедрение возбудителя в кровь		
807	ПК-4	В		К ЭНДОГЕННЫМ ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВАМ ОТНОСИТСЯ	В	Психиатрия, медицинская психология
		О	А	прогрессивный паралич		
		О	Б	алкогольный Корсаковский психоз		
		О	В	шизофрения		
		О	Г	аффективно-шоковые реакции		
808	ПК-4	В		ПРИ РЕЦИДИВЕ ПНЕВМОНИИ ЧЕРЕЗ НЕСКОЛЬКО НЕДЕЛЬ ИЛИ МЕСЯЦЕВ ТРЕБУЕТСЯ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ИСКЛЮЧИТЬ	А	Факультетская терапия
		О	А	туберкулез легких		
		О	Б	легочную тромбоэмболию		
		О	В	рак легких		
		О	Г	гипостатическую пневмонию		
809	ПК-4	В		НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ	Г	Госпитальная терапия
		О	А	мерцательная аритмия		
		О	Б	инфекционный эндокардит		
		О	В	варикозное расширение вен пищевода		

		О	Г	тромбофлебит глубоких вен нижних конечностей		
810	ПК-4	В		ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС МОЖНО УСТАНОВИТЬ НА ОСНОВАНИИ ИЗЖОГИ И ДРУГИХ ПРИЗНАКОВ РЕФЛЮКСА, ПОЯВЛЯЮЩИХСЯ	А	Госпитальная терапия
		О	А	чаще 1 раза в мес		
		О	Б	1 раз в месяц за последние 6 мес		
		О	В	1 раз в неделю и чаще за последний год		
		О	Г	2 раза в неделю и чаще за последние 6 мес		
811	ПК-4	В		НАЛИЧИЕ АНТИМИТОХОНДРИАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ (АМА) ХАРАКТЕРНО ДЛЯ	В	Госпитальная терапия
		О	А	болезни Вильсона-Коновалова		
		О	Б	гемохроматоза		
		О	В	первичного билиарного цирроза		
		О	Г	первичного холангита		
812	ПК-4	В		ВАЖНЕЙШИМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ	В	Факультетская терапия
		О	А	отеки		
		О	Б	гиперхолестеринемия		
		О	В	альбумин сыворотки ниже 28 г/л		
		О	Г	гиперкоагуляция, анемия		
813	ПК-4	В		УНИВЕРСАЛЬНОЙ РЕАКЦИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА НА ТРАВМУ ЯВЛЯЕТСЯ	А	Неврология, нейрохирургия, медицинская генетика
		О	А	отек головного мозга		
		О	Б	гиперсекреция желудочков мозга		

		О	В	дислокация стволовых отделов головного мозга		
		О	Г	коллапс		
814	ПК-4	В		БЫСТРАЯ ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ С СУДОРОГАМИ И ОБИЛЬНЫМ ПОТООТДЕЛЕНИЕМ У ЛИЦ С СД ХАРАКТЕРНА ДЛЯ КОМЫ	В	Факультетская терапия
		О	А	кетоацидотической		
		О	Б	лактацидемической		
		О	В	гипогликемической		
		О	Г	гиперосмолярной		
815	ПК-4	В		РАННИМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ	Б	Факультетская терапия
		О	А	повышение креатинина		
		О	Б	микроальбинурия в утренней порции мочи		
		О	В	повышение K^+ сыворотки		
		О	Г	повышение АД		
816	ПК-4	В		ИСТИННАЯ ПРИЧИНА ПОСТХОЛЕЦИТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА	А	Госпитальная хирургия
		О	А	стеноз папиллы		
		О	Б	хроническая язва желудка и двенадцатиперстной кишки		
		О	В	хронический колит		
		О	Г	хронический гепатит		
817	ПК-4	В		НАВЯЗЧИВЫЕ СОСТОЯНИЯ МОГУТ ПРОЯВЛЯТЬСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ФЕНОМЕНАМИ	А	Психиатрия, медицинская психология
		О	А	обсессии (навязчивыми мысли), фобии (навязчивые страхи), компульсии		

				(навязчивые действия)		
		О	Б	фобии, компульсии, сомнофобии (навязчивые сновидения)		
		О	В	обсессии, компульсии, сомнофобии		
		О	Г	обсессии, навязчивыми мыслями – обсессиями, навязчивыми страхами – фобиями, навязчивыми сновидениями – сомнофобиями		
818	ПК-4	В		СИМПТОМЫ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (ОДЫШКА, СЕРДЦЕБИЕНИЕ, СЛАБОСТЬ) ПРИ ХСН ФК III КЛАССА В СООТВЕТСТВИИ С КЛАССИФИКАЦИЕЙ NYHA	В	Кардиология и ССХ
		О	А	возникают при обычной нагрузке		
		О	Б	присутствуют в покое, но уменьшаются при нагрузке		
		О	В	отсутствуют в покое, но возникают при минимальных нагрузках		
		О	Г	имеются в покое и усиливаются при любой физической нагрузке		
819	ПК-4	В		КРИТЕРИИ ДИАГНОЗА «СЕПСИС»	В	Анестезиология, реанимация, интенсивная терапия
		О	А	наличие очага инфекции + ССВО		
		О	Б	уровень лактата > 2 ммоль/л, несмотря на адекватную инфузионную терапию		
		О	В	наличие очага инфекции + органная дисфункция (2 и более баллов по шкале SOFA)		
		О	Г	резкое снижение АД + уровень лактата > 2 ммоль/л		
820	ПК-4	В		КРИТЕРИИ ДИАГНОЗА «СЕТИЧЕСКИЙ ШОК»	Г	Анестезиология, реанимация, интенсивная терапия
		О	А	резкое снижение АД + ССВО		
		О	Б	ССВО + уровень лактата > 2 ммоль/л		

		О	В	уровень лактата > 2 ммоль/л, несмотря на адекватную инфузионную терапию		
		О	Г	персистирующая артериальная гипотензия, требующая применения вазопрессоров для поддержания среднего артериального давления ≥ 65 мм. рт. ст. + уровень лактата > 2 ммоль/л, несмотря на адекватную инфузионную терапию		
821	ПК-4	В		ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ПРИЧИНОЙ АНОМАЛЬНОГО МАТОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ, СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ FIGO PALM-SOEIN (2012) ЯВЛЯЕТСЯ	Г	Акушерство и гинекология
		О	А	полип		
		О	Б	аденомиоз		
		О	В	миома		
		О	Г	нарушение коагуляции		
822	ПК-4	В		СТРУКТУРНОЙ ПРИЧИНОЙ АМК, СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ FIGO PALM-SOEIN (2012) ЯВЛЯЕТСЯ	А	Акушерство и гинекология
		О	А	гиперплазия эндометрия		
		О	Б	коагулопатия		
		О	В	овуляторная дисфункция		
		О	Г	ятрогения		
823	ПК-4	В		НА ЭКГ ВЫЯВЛЕНО УДЛИНЕНИЕ ИНТЕРВАЛА PQ ДО 0,4 С ВЫПАДЕНИЕМ КОМПЛЕКСОВ QRS, ЧСС 40 В МИН. ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ	А	Кардиология, ССХ
		О	А	AV- блокада II степени типа Мобитц II		
		О	Б	синдром Фредерика		
		О	В	фибрилляция предсердий, брадисистолическая форма		
		О	Г	синоаурикулярная блокада III степени		

824	ПК-4	В		АМИЛОИДОЗ ПОЧЕК НАБЛЮДАЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ		
		О	А	остром лимфолейкозе		
		О	Б	остром миелолейкозе		
		О	В	лимфогранулематозе		
		О	Г	миеломной болезни		
825	ПК-4	В		ПРИ СКАНИРОВАНИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ЙОДОМ- 131 ВЫЯВЛЕН НУЛЕВОЙ ЗАХВАТ ЙОДА, ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ	Б	Факультетская терапия
		О	А	острого тиреоидита		
		О	Б	подострого тиреоидита		
		О	В	аутоиммунного тиреоидита		
		О	Г	диффузного эутиреоидного зоба		
826	ПК-4	В		НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕЖДУ ЯЗВОЙ ЖЕЛУДКА И ИЗЪЯЗВИВШЕЙСЯ КАРЦИНОМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ	В	Онкология, лучевая терапия
		О	А	исследование кала на скрытую кровь		
		О	Б	анализ желудочного сока		
		О	В	эзофагогастроскопия с биопсией		
		О	Г	положительный эффект от противоязвенной терапии		
827	ПК-4	В		ЗАРАЖЕНИЕ ОПИСТОРХОЗОМ ПРОИСХОДИТ ПРИ	Б	Инфекционные болезни
		О	А	употреблении термически недостаточно обработанной свинины		
		О	Б	употреблении термически недостаточно обработанной речной рыбы карповых пород		
		О	В	употреблении термически недостаточно обработанной говядины		
		О	Г	несоблюдении правил личной гигиены		

828	ПК-4	В		ДЛЯ КЛЕЩЕВОГО БОРРЕЛИОЗА ХАРАКТЕРНЫ	В	Инфекционные болезни
		О	А	лихорадка без интоксикации, обильная пятнистая сыпь		
		О	Б	лихорадка, интоксикация, формирование первичного аффекта, гепатомегалия		
		О	В	весеннее-летняя сезонность, кольцевидная эритема вокруг места присасывания клеща		
		О	Г	зимняя сезонность, гепатолиенальный синдром, лимфоцитоз		
829	ПК-5	В		АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ	Г	Онкология, лучевая терапия
		О	А	сахарный диабет		
		О	Б	ишемическая болезнь сердца		
		О	В	бронхиальная астма		
		О	Г	активный туберкулез		
830	ПК-5	В		НОЗОКОМИАЛЬНЫЕ (ГОСПИТАЛЬНЫЕ) ПНЕВМОНИИ ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЮТСЯ	Г	Госпитальная терапия
		О	А	пневмококком		
		О	Б	легионеллой		
		О	В	микоплазмой		
		О	Г	стафилококком		
831	ПК-5	В		ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР МАММОЛОГА ДОЛЖЕН ПРОИЗВОДИТЬСЯ ВСЕМ ЖЕНЩИНАМ СТАРШЕ ____ ЛЕТ	Б	Онкология, лучевая диагностика
		О	А	30		
		О	Б	35		
		О	В	40		
		О	Г	45		
832	ПК-	В		СИМПТОМОМ ТЯЖЕЛОЙ	Б	Акушерство и

	5			ПРЕЭКЛАМПСИИ ЯВЛЯЕТСЯ		гинекология
		О	А	уровень систолического АД > 140 мм.рт.ст, диастолического АД ≥ 90 мм.рт. ст.		
		О	Б	устойчивые головные боли, рвота и зрительные расстройства		
		О	В	отеки на голенях		
		О	Г	уровень суточной протеинурии 3 г/л		
833	ПК-5	В		У БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ НА СРОКЕ 12 НЕД В МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ВЫЯВЛЕН РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ОПУХОЛЕВЫЙ УЗЕЛ 3 СМ В ДИАМЕТРЕ). ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОЙ	В	Онкология, лучевая терапия
		О	А	сохранение беременности, радикальная мастэктомия по Халстеду		
		О	Б	сохранение беременности, радикальная мастэктомия по Патею		
		О	В	срочное прерывание беременности, радикальная мастэктомия по Халстеду		
		О	Г	срочное прерывание беременности, радикальная мастэктомия по Халстеду, послеоперационная лучевая терапия		
834	ПК-5	В		Пневмония считается нозокомиальной (госпитальной), если она диагностирована	Б	Госпитальная терапия
		О	А	при поступлении в стационар		
		О	Б	через 2 сут и более после госпитализации		
		О	В	через 7 дней и более после госпитализации		
		О	Г	после выписки из стационара		
835	ПК-5	В		ПРИЧИНОЙ КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ ЯВЛЯЕТСЯ	Б	Инфекционные болезни
		О	А	язвенное поражение двенадцатиперстной кишки		
		О	Б	язвенное поражение лимфоидных образований подвздошной кишки		
		О	В	интоксикация		
		О	Г	бактериемия		

836	ПК-5	В		ПРИ РАКЕ ЛЕГКОГО НАИБОЛЕЕ ЧАСТО МЕТАСТАЗАМИ ПОРАЖАЮТСЯ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ	А	Онкология, лучевая терапия
		О	А	внутригрудные		
		О	Б	подмышечные		
		О	В	забрюшинные		
		О	Г	паховые		
837	ПК-5	В		НАИБОЛЕЕ РАННИМ ПРИЗНАКОМ РАКА ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ	Б	Онкология, лучевая терапия
		О	А	похудание		
		О	Б	диарея		
		О	В	безболевая желтуха		
		О	Г	болевая желтуха		
838	ПК-5	В		ЗЛОКАЧЕСТВЕННУЮ ТРАНСФОРМАЦИЮ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРЕТЕРПЕВАЮТ ЯЗВЫ	А	Онкология, лучевая терапия
		О	А	малой кривизны желудка		
		О	Б	большой кривизны желудка		
		О	В	луковицы двенадцатиперстной кишки		
		О	Г	постбульбарные		
839	ПК-5	В		СИМПТОМ КУРВУАЗЬЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ	В	Онкология, лучевая терапия
		О	А	острого панкреатита		
		О	Б	холедохолитиаза		
		О	В	рака головки поджелудочной железы		
		О	Г	рака тела и хвоста поджелудочной железы		
840	ПК-5	В		ЧАЩЕ ДРУГИХ ХРОНИЗИРУЕТСЯ С ИСХОДОМ В ЦИРРОЗ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ	В	Инфекционные болезни
		О	А	А		

		О	Б	В		
		О	В	С		
		О	Г	Е		
841	ПК-5	В		ОЧЕНЬ БЫСТРОЕ ПОВТОРНОЕ НАКОПЛЕНИЕ ЖИДКОСТИ В ПОЛОСТИ ПЛЕВРЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ	В	Онкология, лучевая терапия
		О	А	хронической сердечной недостаточности		
		О	Б	туберкулеза легких		
		О	В	мезотелиомы плевры		
		О	Г	системной красной волчанки		
842	ПК-5	В		ЗАДАЧЕЙ КОРОТКОГО ИНТЕНСИВНОГО КУРСА ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ	Б	Онкология, лучевая терапия
		О	А	достигнуть значительного уменьшения опухоли		
		О	Б	понижить жизнеспособность опухолевых клеток		
		О	В	повысить операбельность		
		О	Г	получить полную регрессию опухоли		
843	ПК-5	В		РАК ЖЕЛУДКА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В	Б	Онкология, лучевая терапия
		О	А	кардиальном отделе		
		О	Б	антральном отделе		
		О	В	большой кривизне		
		О	Г	дне желудка		
844	ПК-5	В		КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ – ЭТО	А	Онкология, лучевая терапия
		О	А	последовательное использование лучевого и хирургического методов лечения		
		О	Б	одновременное или последовательное использование дистанционной и контактной лучевой терапии		

		О	В	одновременное или последовательное использование лучевого и химиотерапевтического методов лечения		
		О	Г	одновременное лечение опухоли и сопутствующих заболеваний		
845	ПК-5	В		ДЛЯ ГРИППА ХАРАКТЕРНО	А	Инфекционные болезни
		О	А	острейшее начало болезни, выраженный лихорадочно-интоксикационный синдром, трахеит		
		О	Б	острое начало болезни, обильное отделяемое из носа, кашель		
		О	В	постепенное начало болезни, признаки ларингита		
		О	Г	постепенное начало, кашель, головная боль		
846	ПК-5	В		ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО БРОНХИТА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ, НЕОСЛОЖНЕННОГО, ДОЛЖНО ПРОВОДИТЬСЯ	А	Поликлиническая терапия
		О	А	амбулаторно		
		О	Б	в дневном стационаре поликлиники		
		О	В	в стационаре		
		О	Г	сначала амбулаторно, затем в стационаре		
847	ПК-5	В		ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ РАКА РЕКТО-СИГМОИДНОГО ОТДЕЛА ТОЛСТОЙ КИШКИ ЯВЛЯЮТСЯ	В	Онкология, лучевая терапия
		О	А	тенезмы, потеря в весе, боли во время дефекации.		
		О	Б	кровотечения, потеря в весе, боли во время дефекации.		
		О	В	клиническая картина кишечной непроходимости, кровотечения, тенезмы		
		О	Г	клиническая картина кишечной непроходимости, потеря в весе, боли во время дефекации.		
848	ПК-5	В		ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ПРИ ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШЕЙ СТЕНОКАРДИИ	А	Госпитальная терапия

		О	А	показана всем пациентам		
		О	Б	показана пожилым пациентам		
		О	В	решается индивидуально		
		О	Г	не показана		
849	ПК-5	В		НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ДИССЕМНИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ	Г	Фтизиатрия
		О	А	ателектаз доли легкого		
		О	Б	амилоидоз внутренних органов		
		О	В	легочное сердце		
		О	Г	плеврит		
850	ПК-5	В		ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ РИТМА ЯВЛЯЕТСЯ	В	Кардиология, ССХ
		О	А	ГБ III стадии		
		О	Б	ХСН III стадии		
		О	В	неорганизованный тромб в левом предсердии		
		О	Г	неустрашимый тиреотоксикоз		
851	ПК-5	В		ТАКТИКА ВРАЧА ПОЛИКЛИНИКИ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ	А	Поликлиническая терапия
		О	А	госпитализация в терапевтическое отделение		
		О	Б	госпитализация в урологическое отделение		
		О	В	лечение в дневном стационаре поликлиники		
		О	Г	амбулаторное лечение		
852	ПК-5	В		ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ РАДИКАЛЬНОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ	Г	Онкология, лучевая терапия
		О	А	гибель наиболее чувствительных опухолевых клеток		

		О	Б	снижение биологической активности опухолевых клеток		
		О	В	достижение частичной регрессии опухоли		
		О	Г	достижение полной эрадикации опухолевых клеток		
853	ПК-5	В		НЕДОБРОВОЛЬНАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР ПОКАЗАНА ПРИ	А	Психиатрия, медицинская психология
		О	А	алкогольном делирии		
		О	Б	хроническом алкоголизме		
		О	В	неврозе		
		О	Г	реактивной депрессии		
854	ПК-6	В		ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА	В	Акушерство и гинекология
		О	А	Уровень гликированного гемоглобина $\geq 6,5\%$		
		О	Б	однократно отмечен уровень гликемии вне зависимости от приема пищи $\geq 11,1$ ммоль/л		
		О	В	уровень гликемии натощак или перед основными приемами пищи $\geq 5,1$ ммоль/л, но менее 7,0 ммоль/л		
		О	Г	глюкоза венозной плазмы натощак $\geq 7,0$ ммоль/л		
855	ПК-6	В		ПРАВИЛО ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ АКУШЕРСКОМ КРОВОТЕЧЕНИИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ ВКЛЮЧАЕТ	Г	Акушерство и гинекология
		О	А	взаимодействие акушера-гинеколога и акушерки		
		О	Б	операцию кесарево сечение		
		О	В	наличие врача-трансфузиолога в штате медицинской организации		
		О	Г	одновременное оказание помощи бригадой специалистов акушера-гинеколога, анестезиолога-реаниматолога, неонатолога, трансфузиолога		

856	ПК-6	В		ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ РОДОСТИМУЛЯЦИИ ПРИ РАЗВИТИИ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ	Г	Акушерство и гинекология
		О	А	крупный плод		
		О	Б	недоношенный плод		
		О	В	общеравномерносуженный таз I степени		
		О	Г	дистресс плода		
857	ПК-6	В		СРЕДНЯЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ КРОВОПОТЕРЯ В РОДАХ СОСТАВЛЯЕТ МЛ	Б	Акушерство и гинекология
		О	А	50		
		О	Б	150-200		
		О	В	300		
		О	Г	600		
858	ПК-6	В		ПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА - ЭТО	А	Акушерство и гинекология
		О	А	отношение продольной оси плода к продольной оси матки		
		О	Б	отношение крупной части плода ко входу в полость малого таза		
		О	В	отношение спинки плода к боковым сторонам матки		
		О	Г	отношение спинки плода к передней и задней стеке матки		
859	ПК-6	В		РУТИННО ДЛЯ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ РЕКОМЕНДОВАНО НАЗНАЧЕНИЕ	А	Акушерство и гинекология
		О	А	фолиевой кислоты, препаратов йода		
		О	Б	витамина Д и фолиевой кислоты		
		О	В	йода		
		О	Г	омега-3		
860	ПК-	В		ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПРЕЭКЛАМПСИИ СЧИТАЕТСЯ	А	Акушерство и

	6			ЭФФЕКТИВНЫМ		гинекология
		О	А	приём аспирина и препаратов кальция		
		О	Б	приём пищи, богатой протеинами		
		О	В	прием поливитаминов		
		О	Г	ограничение соли и жидкости		
861	ПК-6	В		ПЕРВЫЙ СКРИНИНГ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОВОДИТСЯ В СРОКЕ	В	Акушерство и гинекология
		О	А	7+0-8+0 недель		
		О	Б	10+0-12+6 недель		
		О	В	11+0-13+6 недель		
		О	Г	18+0-20+6 недель		
862	ПК-6	В		СВОЕВРЕМЕННЫЙ РАЗРЫВ ПЛОДНОГО ПУЗЫРЯ ОБЫЧНО НАСТУПАЕТ	А	Акушерство и гинекология
		О	А	при полном или почти полном раскрытии		
		О	Б	после изгнания плода		
		О	В	в начале первого периода родов		
		О	Г	в конце третьего триместра беременности		
863	ПК-6	В		РОДЫ ПРИ 42-43 НЕДЕЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ - ЭТО	А	Акушерство и гинекология
		О	А	запоздалые		
		О	Б	затяжные		
		О	В	срочные		
		О	Г	преждевременные		
864	ПК-6	В		ОСНОВНОЙ СИМПТОМ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ	Б	Акушерство и гинекология
		О	А	боли		
		О	Б	кровотечение		
		О	В	боли и кровотечение		

		О	Г	отхождение околоплодных вод, окрашенных кровью		
865	ПК-6	В		ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ «ЗРАЧКА» СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ВЛИЯНИИ	Г	Акушерство и гинекология
		О	А	прогестерона		
		О	Б	лютеинизирующего		
		О	В	фолликулостимулирующего		
		О	Г	эстрадиола		
866	ПК-6	В		РУТИННОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА РОЖЕНИЦЕЙ НИЗКОГО РИСКА ПРИ НЕОСЛОЖНЕННЫХ РОДАХ ПРЕДПОЛАГАЕТ	Б	Акушерство и гинекология
		О	А	строгий постельный режим		
		О	Б	свободный выбор положения в родах		
		О	В	установка внутривенного катетера		
		О	Г	непрерывный КТГ мониторинг		
867	ПК-6	В		ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕРОДОВЫХ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ	В	Акушерство и гинекология
		О	А	рутинная антибиотикопрофилактика всем женщинам с эпизиотомией		
		О	Б	рутинная антибиотикопрофилактика женщинам с преждевременными родами и целыми плодными оболочками		
		О	В	введение антибиотиков за 30 мин – 1 час до начала операции кесарева сечения		
		О	Г	введение антибиотиков во время операции кесарева сечения сразу после пережата пуповины		
868	ПК-6	В		ТОКОЛИТИКИ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ ПРИ	А	Акушерство и гинекология
		О	А	подозрении на преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты		
		О	Б	отсутствии признаков инфицирования		

		О	В	подтвержденном по УЗИ отсутствии пороков развития плода		
		О	Г	сроке беременности более 24 недель		
869	ПК-6	В		ТРАНСПОРТИРОВКА РОДИЛЬНИЦЫ В ОПЕРАЦИОННУЮ С ПОСЛЕРОДОВЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ДОЛЖНА БЫТЬ ПРОВЕДЕНА ПРИ КРОВОПОТЕРЕ, ДОСТИГШЕЙ	В	Акушерство и гинекология
		О	А	500 мл		
		О	Б	800 мл		
		О	В	1000 мл		
		О	Г	1500 мл		
870	ПК-6	В		ПРЕДВЕСТНИКИ РОДОВ - ЭТО	Г	Акушерство и гинекология
		О	А	появление болей внизу живота регулярного характера		
		О	Б	изменение положения плода		
		О	В	появление нерегулярных сокращений матки		
		О	Г	отхождение слизистой пробки, отсутствие прибавки массы тела, повышение тонуса мышцы матки		
871	ПК-6	В		ПРИ НЕПОЛНОМ НОЖНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПРИ ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ	А	Акушерство и гинекология
		О	А	одна ножка		
		О	Б	ягодицы и одна ножка		
		О	В	ягодицы		
		О	Г	колени		
872	ПК-6	В		У НОВОРОЖДЕННОГО ПРИ ОСМОТРЕ ОБНАРУЖЕНЫ «РУЧКИ ПРАЧКИ», МАССА 3800 Г, ДЛИНА 57 СМ - ЭТО	В	Акушерство и гинекология
		О	А	недоношенный новорожденный		
		О	Б	доношенный новорожденный		

		О	В	переносенный новорожденный		
		О	Г	асфиксия новорожденного средней степени тяжести		
873	ПК-6	В		УКАЖИТЕ ПРЕПАРАТ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ	В	Акушерство и гинекология
		О	А	простагландины		
		О	Б	метилэргометрин		
		О	В	окситоцин		
		О	Г	свежезамороженная плазма		
874	ПК-6	В		УКАЖИТЕ УСЛОВИЯ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА ЛАКТАЦИОННОЙ АМЕНОРЕИ ДЛЯ КОНТРАЦЕПЦИИ	Г	Акушерство и гинекология
		О	А	исключительно грудное вскармливание, возраст женщины менее 30 лет		
		О	Б	амеорея, возраст женщины старше 30 лет		
		О	В	возраст ребенка менее 6 месяцев, возраст женщины менее 30 лет		
		О	Г	амеорея, исключительное грудное вскармливание, возраст ребенка до 6 месяцев		
875	ПК-6	В		ЕСЛИ ПРИ РУЧНОМ ОТДЕЛЕНИИ ПЛАЦЕНТА НЕ ОТДЕЛЯЕТСЯ НА НЕБОЛЬШОМ ЕЕ УЧАСТКЕ НЕОБХОДИМО	Б	Акушерство и гинекология
		О	А	приложить максимум усилий и отделить плаценту		
		О	Б	прекратить операцию и немедленно провести лапаротомию		
		О	В	сделать выскабливание полости матки		
		О	Г	ввести сокращающие матку средства		
876	ПК-6	В		Во время беременности допустимо применение антимикробного препарата из группы	Г	Акушерство и гинекология
		О	А	аминогликозидов		

		О	Б	линкозаминов		
		О	В	тетрациклинов		
		О	Г	макролидов		
877	ПК-6	В		ПЛОД СЧИТАЕТСЯ КРУПНЫМ ПРИ ВЕСЕ БОЛЕЕ _____ ГРАММ	В	Акушерство и гинекология
		О	А	3000		
		О	Б	3500		
		О	В	4000		
		О	Г	4500		
878	ПК-6	В		ПРОФИЛАКТИКА РДС НОВОРОЖДЕННОГО ПОКАЗАНА ПРИ	Б	Акушерство и гинекология
		О	А	преждевременных родах		
		О	Б	родах в сроке 22-33 + 6 недель независимо от способа родоразрешения		
		О	В	преждевременных родах и родах до 39 недель путем операции кесарева сечения		
		О	Г	родах в сроке 22-36 недель		
879	ПК-6	В		РЕКОМЕНДУЕМЫМ СРОКОМ ВЫПИСКИ ИЗ РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ В РФ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ЯВЛЯЕТСЯ	А	Акушерство и гинекология
		О	А	3-и сутки		
		О	Б	5-е сутки		
		О	В	24 часа		
		О	Г	48 часа		
880	ПК-6	В	069	ВЕДЕНИЕ РОДОВ ПРИ ДОНОШЕННОЙ ДИХОРИАЛЬНОЙ ДИАМНИОТИЧЕСКОЙ ДВОЙНЕ ПРИ ГОЛОВНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ОБОИХ ПЛОДОВ	А	Акушерство и гинекология
		О	А	через естественные родовые пути		
		О	Б	через естественные родовые пути с наложением акушерских щипцов		

		О	В	через естественные родовые пути с наложением вакуум-экстрактора плода		
		О	Г	путем операции кесарева сечения		
881	ПК-6	В		ПРИ КАКОМ СРОКЕ ГЕСТАЦИИ РОДЫ СЧИТАЮТСЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ	Б	Акушерство и гинекология
		О	А	24-36 недель + 6 дней		
		О	Б	22-36 недель + 6 дней		
		О	В	28-36 недель + 6 дней		
		О	Г	28-36 недель		
882	ПК-6	В		НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ РАННЕГО ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА ПРИ МНОГОПЛОДИИ	Б	Акушерство и гинекология
		О	А	разрыв лонного сочленения		
		О	Б	гипотоническое маточное кровотечение		
		О	В	задержка мочи		
		О	Г	выворот матки		
883	ПК-6	В		ПРИ ДОНОШЕННОМ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ПОПЕРЕЧНОМ ПОЛОЖЕНИИ ПЛОДА ПОКАЗАНО	Б	Акушерство и гинекология
		О	А	родовозбуждение с амниотомией		
		О	Б	плановое кесарево сечение		
		О	В	кесарево сечение с началом родовой деятельности		
		О	Г	ведение родов через естественные родовые пути		
884	ПК-6	В		ПРИНЦИПЫ УПРАВЛЕНИЯ УГРОЖАЮЩИМИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ В СРОКЕ МЕНЕЕ 34 НЕДЕЛЬ	Г	Акушерство и гинекология
		О	А	соблюдение постельного режима (bed-rest)		
		О	Б	серклаг, pessary, progesterone		
		О	В	профилактика РДС, серклаг, токолиз		
		О	Г	нейропротекция, токолиз, профилактика РДС		

885	ПК-6	В		РОДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРИ ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК	В	Акушерство и гинекология
		О	А	нормальная родовая деятельность		
		О	Б	дискоординированная родовая деятельность		
		О	В	слабость родовой деятельности		
		О	Г	чрезмерная родовая деятельность		
886	ПК-6	В		ПОЛНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ - ЭТО	Г	Акушерство и гинекология
		О	А	состояние, при котором плацента полностью занимает нижний сегмент		
		О	Б	состояние, при котором плацента перекрывает внутренний зев на две трети		
		О	В	состояние, когда при влагалищном исследовании в области внутреннего зева определяется край плаценты		
		О	Г	состояние, при котором плацента полностью перекрывает внутренний зев		
887	ПК-6	В		ПОВЫШЕНИЕ БАЗАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ ВЫШЕ 37°С ПРИ ОВУЛЯТОРНОМ МЕНСТРУАЛЬНОМ ЦИКЛЕ НАБЛЮДАЕТСЯ	В	Акушерство и гинекология
		О	А	сразу после менструации		
		О	Б	в середине менструального цикла		
		О	В	во 2-ю фазу менструального цикла		
		О	Г	за день до наступления менструации		
888	ПК-6	В		ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ПЛАНОВОГО КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ ЖЕНЩИНАМ ЯВЛЯЕТСЯ	Г	Акушерство и гинекология
		О	А	вирусная нагрузка перед родами менее 1000 копий/мл		
		О	Б	антиретровирусная терапия во время беременности		
		О	В	вирусная нагрузка перед родами менее 1000 копий/мл в сочетании с		

				антиретровирусной терапией во время беременности		
		О	Г	вирусная нагрузка перед родами неизвестна		
889	ПК-6	В		ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ДЕФЕКТА ПОСЛЕДА НЕОБХОДИМО	А	Акушерство и гинекология
		О	А	произвести ручное обследование полости матки под общим наркозом		
		О	Б	произвести инструментальную ревизию полости матки		
		О	В	ждать 30 минут самостоятельного рождения задержавшихся частей		
		О	Г	провести УЗИ		
890	ПК-6	В		ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА - ЭТО	А	Акушерство и гинекология
		О	А	отношение крупной части плода ко входу в малый таз		
		О	Б	отношение той или иной части плода к плоскости входа в малый таз		
		О	В	расположение головки плода в полости малого таза		
		О	Г	отношение тазового конца ко входу в малый таз		
891	ПК-6	В		РОДИЛЬНИЦА ДОЛЖНА НАХОДИТЬСЯ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ ПОСЛЕ РОДОВ _____ ЧАСОВ	Б	Акушерство и гинекология
		О	А	1		
		О	Б	2		
		О	В	3		
		О	Г	4		
892	ПК-6	В		КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ	Б	Акушерство и гинекология
		О	А	умеренное, с небольшими болевыми ощущениями, прекращающееся самостоятельно		
		О	Б	обильное, без болевых ощущений, нередко рецидивы; наружная кровопотеря соответствует истинной		

		О	В	необильное, сопровождающееся болями и ухудшением общего состояния беременной; наружная кровопотеря не соответствует истинной		
		О	Г	скудные кровянистые выделения с неприятным запахом в течение всей беременности		
893	ПК-6	В		ПРОФИЛАКТИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В ГРУППЕ ВЫСОКОГО РИСКА ВКЛЮЧАЕТ	Б	Акушерство и гинекология
		О	А	рутинное применение поливитаминов до зачатия и на протяжении первых двух месяцев беременности		
		О	Б	серклаг, pessaries, progesterone		
		О	В	препараты кальция, витамины С и Е		
		О	Г	соблюдение постельного режима (bed-rest) у женщин группы риска		
894	ПК-6	В		ПЕРВЫЙ ПЕРИОД РОДОВ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ ВСЕГДА	А	Акушерство и гинекология
		О	А	полным раскрытием шейки матки		
		О	Б	возникновением потуг		
		О	В	излитием околоплодных вод		
		О	Г	через 4 – 6 часов от начала регулярных схваток		
895	ПК-6	В		ДЛЯ КЛИНИКИ ВЫКИДЫША ХАРАКТЕРНО	В	Акушерство и гинекология
		О	А	ознобы		
		О	Б	высокая температура		
		О	В	боли внизу живота		
		О	Г	гнойные выделения из половых путей		
896	ПК-6	В		ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НЕПРЕРЫВНОГО ИНТРАНАТАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА КТГ ЯВЛЯЕТСЯ	В	Акушерство и гинекология
		О	А	первые роды		
		О	Б	повторные роды		

		О	В	индуцированные роды		
		О	Г	неосложненные роды		
897	ПК-6	В		КАКОЙ ПРИНЦИП ЯВЛЯЕТСЯ АКТУАЛЬНЫМ ДЛЯ ВЕДЕНИЯ ВАГИНАЛЬНЫХ РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ	Г	Акушерство и гинекология
		О	А	периодический мониторинг состояния плода		
		О	Б	ранняя амниотомия		
		О	В	индукция родов		
		О	Г	применение акушерского пособия		
898	ПК-6	В		Какой вариант менструального цикла укладывается в критерии нормального цикла?	А	Акушерство и гинекология
		О	А	менструации по 4 дня через 28 дней по 70 мл		
		О	Б	менструации по 8 дней через 22 дня по 30 мл		
		О	В	менструации по 3 дня через 39 дней по 50 мл		
		О	Г	менструации по 7 дней через 28 дней по 120 мл		
899	ПК-6	В		КАКОЙ ИЗ МЕТОДОВ ИМЕЕТ ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ЦЕНОСТЬ ПРИ МИОМЕ МАТКИ M0-2 FIGO?	В	Акушерство и гинекология
		О	А	осмотр с помощью зеркал		
		О	Б	зондирование полости матки		
		О	В	гистероскопия		
		О	Г	бимануальное исследование		
900	ПК-6	В		НАЗОВИТЕ ПРИЗНАКИ НАЧАЛА ПЕРВОГО ПЕРИОДА РОДОВ	В	Акушерство и гинекология
		О	А	излитие околоплодных вод		
		О	Б	наличие «зрелой» шейки матки		
		О	В	появление регулярных схваток		
		О	Г	вставление головки во вход в малый таз		

901	ПК-6	В		НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА РАННЕГО ПОСЛЕРОДОВОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ	Б	Акушерство и гинекология
		О	А	травма мягких тканей родовых путей		
		О	Б	нарушение сократительной функции матки		
		О	В	задержка частей последа или сгустков крови в полости матки		
		О	Г	коагулопатия		
902	ПК-6	В		РУТИННЫМ МЕТОДОМ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ПЛОДА В РОДАХ ЯВЛЯЕТСЯ	А	Акушерство и гинекология
		О	А	периодическая аускультация сердцебиений плода		
		О	Б	КТГ		
		О	В	УЗИ		
		О	Г	доплерометрия		
903	ПК-6	В		ВАРИАНТ ТАЗОВОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ, НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНЫЙ ДЛЯ МАТЕРИ И ПЛОДА	А	Акушерство и гинекология
		О	А	чисто ягодичное		
		О	В	смешанное ягодичное		
		О	Б	полное ножное		
		О	Г	коленное		
904	ПК-6	В		АНТЕНАТАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА РДС ПЛОДА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДЕКСАМЕТАЗОНА/БЕТАМЕТАЗОНА В СУММАРНОЙ ДОЗИРОВКЕ:	В	Акушерство и гинекология
		О	А	12 мг		
		О	Б	18 мг		
		О	В	24 мг		
		О	Г	30 мг		

905	ПК-6	В		СИМПТОМОМ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ ЯВЛЯЕТСЯ	Б	Акушерство и гинекология
		О	А	уровень систолического АД > 140 мм.рт.ст., диастолического АД $\geq$ 90 мм.рт. ст.		
		О	Б	устойчивые головные боли, рвота и зрительные расстройства		
		О	В	отеки на голенях		
		О	Г	уровень суточной протеинурии 3 г/л		
906	ПК-6	В		ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ ДИАГНОСТИКИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ	А	Акушерство и гинекология
		О	А	определение уровня ХГЧ в сыворотке крови + трансвагинальное УЗИ		
		О	Б	пункция брюшной полости через задний свод		
		О	В	УЗИ		
		О	Г	бимануальное исследование		
907	ПК-6	В		КАКОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ ОТНОСИТЕЛЬНО РАССЕЧЕНИЯ ПРОМЕЖНОСТИ В РОДАХ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕРНЫМ?	Г	Акушерство и гинекология
		О	А	рутинное рассечение промежности в родах рекомендуется		
		О	Б	рассечение промежности в родах должно выполняться у пациенток, имеющих в анамнезе разрыв промежности 3 и 4 степени		
		О	В	латеральная эпизиотомия рекомендована		
		О	Г	эпизиотомию следует выполнять при необходимости быстрее завершить роды при дистрессе плода или страдании матери		
908	ПК-6	В		НАЗОВИТЕ ПРИЗНАКИ НАЧАЛА ВТОРОГО ПЕРИОДА РОДОВ	В	Акушерство и гинекология
		О	А	появление потуг		
		О	Б	излитие околоплодных вод		
		О	В	полное открытие маточного зева		
		О	Г	врезывание головки плода		

909	ПК-6	В		КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ У РОДИЛЬНИЦ С НОРМАЛЬНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА?	В	Акушерство и гинекология
		О	А	термометрия, УЗИ матки, клинический анализ крови, определение характера лохий		
		О	Б	общий анализ крови, общий анализ мочи, определение высоты стояния дна матки, определение характера лохий		
		О	В	термометрия, контроль АД, пульса, клинический анализ крови, определение высоты стояния дна		
		О	Г	контроль АД, пульса, клинический анализ крови, определение высоты стояния дна матки, определение характера лохий		
910	ПК-6	В		ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ НАБЛЮДЕНИЯ РОЖЕНИЦЫ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ ПОСЛЕ РОДОВ СОСТАВЛЯЕТ	В	Акушерство и гинекология
		О	А	30 минут		
		О	Б	1 час		
		О	В	2 часа		
		О	Г	4 часа		
911	ПК-6	В		КАКОВА ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ ПРИЧИНА КРОВОТЕЧЕНИЯ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ, ЕСЛИ КРОВОТЕЧЕНИЕ ВОЗНИКАЕТ СРАЗУ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА, МАТКА ПРИ ЭТОМ ПЛОТНАЯ, ХОРОШО СОКРАТИВШАЯСЯ?	Б	Акушерство и гинекология
		О	А	гипотония матки		
		О	Б	травма шейки матки		
		О	В	дефект плаценты		
		О	Г	атония матки		

912	ПК-6	В		ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ ПРИЧИНА КРОВОТЕЧЕНИЯ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ, ЕСЛИ КРОВЬ ВЫТЕКАЕТ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ С ПЕРИОДАМИ УСИЛЕНИЯ ИЛИ ОСЛАБЛЕНИЯ	А	Акушерство и гинекология
		О	А	гипотония матки		
		О	Б	атония матки		
		О	В	травма шейки матки		
		О	Г	дефект плаценты		
913	ПК-6	В		ФАКТОРОМ РИСКА ПРЕЭКЛАМПСИИ ЯВЛЯЮТСЯ	В	Акушерство и гинекология
		О	А	повторная беременность		
		О	Б	дисменорея		
		О	В	ранняя и/или тяжелая преэклампсия в анамнезе		
		О	Г	синдром поликистозных яичников		
914	ПК-6	В		ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ - ЭТО РОДЫ В СРОКЕ	Б	Акушерство и гинекология
		О	А	26 ⁰ -37 ⁰ недель		
		О	Б	22 ⁰ -36 ⁶ недель		
		О	В	22 ⁶ -37 ⁶ недель		
		О	Г	22 ⁰ -38 ⁰ недель		
915	ПК-6	В		КАКОВ НОРМАЛЬНЫЙ ТЕМП РАСКРЫТИЯ ЗЕВА У ПОВТОРНОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН?	А	Акушерство и гинекология
		О	А	2 см за 1,5-2 часа		
		О	Б	2 см за 30 минут		
		О	В	2 см за 6-7 часов		
		О	Г	2 см за 3-4 часа		
916	ПК-	В		К ПРИЧИНАМ КРОВОТЕЧЕНИЯ В	Г	Акушерство и

	6			РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ		гинекология
		О	А	гипотония матки		
		О	Б	задержка частей плаценты		
		О	В	ДВС-синдром		
		О	Г	послеродовая инфекция		
917	ПК-6	В		МИНИМАЛЬНАЯ СКОРОСТЬ РАСКРЫТИЯ МАТОЧНОГО ЗЕВА В АКТИВНУЮ ФАЗУ	В	Акушерство и гинекология
		О	А	2 см/час		
		О	Б	1,0 см/час		
		О	В	0,5 см/час		
		О	Г	1,5 см/час		
918	ПК-6	В		КАКОВЫ В НОРМЕ ИНТЕРВАЛЫ МЕЖДУ СХВАТКАМИ В КОНЦЕ ПЕРВОГО ПЕРИОДА РОДОВ?	В	Акушерство и гинекология
		О	А	15-20 минут		
		О	Б	5-10 минут		
		О	В	2-3 минуты		
		О	Г	до 1 минуты		
919	ПК-6	В		НАЧАТЬ ТЕРАПИЮ ПОСЛЕРОДОВОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ СЛЕДУЕТ С	Б	Акушерство и гинекология
		О	А	введения мизопростола ректально		
		О	Б	внутривенной инфузии раствора окситоцина		
		О	В	управляемой баллонной тампонады		
		О	Г	ручного обследования полости матки		
920	ПК-6	В		В КАКОМ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОВОДИТСЯ ПЕРВЫЙ СКРИНИНГ?	А	Акушерство и гинекология
		О	А	11 ⁰ -13 ⁶ недель		
		О	Б	9 ⁰ -11 ⁶ недель		

		О	В	11 ⁰ -15 ⁰ недель		
		О	Г	8 ⁰ -12 ⁶ недель		
921	ПК-6	В		РЕКОМЕНДОВАННАЯ ДОЗИРОВКА ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ НА ПРЕГРАВИДАРНОМ ЭТАПЕ	В	Акушерство и гинекология
		О	А	200 мкг		
		О	Б	1000 мкг		
		О	В	400-800 мкг		
		О	Г	4000мкг		
922	ПК-6	В		РЕЗУС-ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ ПАЦИЕНТКЕ ПРИ ОТСУТСТВИИ АНТИРЕЗУСНЫХ АНТИТЕЛ РЕКОМЕНДОВАНО ВВЕДЕНИЕ АНТИРЕЗУСНОГО ИММУНОГЛОБУЛИНА ЧЕЛОВЕКА В СРОКЕ ГЕСТАЦИИ	Г	Акушерство и гинекология
		О	А	12 недель		
		О	Б	20 недель		
		О	В	40 недель		
		О	Г	28 недель		
923	ПК-7	В		ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ МИОМЫ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ	Б	Акушерство и гинекология
		О	А	М FIGO 3-4		
		О	Б	быстрый рост узлов		
		О	В	М FIGO 1-2 при отсутствии клиники		
		О	Г	сопутствующие тяжелые формы экстрагенитальных заболеваний		
924	ПК-7	В		ТЕРАПИЕЙ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА И ГИРСУТИЗМА У ПАЦИЕНТОК С Синдромом поликистозных яичников ЯВЛЯЮТСЯ	А	Акушерство и гинекология

		О	А	комбинированные гормональные препараты		
		О	Б	гестагены		
		О	В	индукция овуляции		
		О	Г	метформин		
925	ПК-7	В		ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИМАТОЧНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ	Б	Акушерство и гинекология
		О	А	послеабортный период		
		О	Б	острый эндометрит		
		О	В	рак молочной железы в анамнезе		
		О	Г	рак шейки матки в анамнезе		
926	ПК-7	В		ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МАГНЕЗИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НЕОБХОДИМО КОНТРОЛИРОВАТЬ	А	Акушерство и гинекология
		О	А	частоту дыхания, коленные рефлексы, диурез		
		О	Б	диурез, коленные рефлексы		
		О	В	артериальное давление, частоту пульса, частоту дыхания		
		О	Г	коленные рефлексы, артериальное давление, диурез		
927	ПК-7	В		НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ КУПИРОВАНИЯ ВАЗОМОРНЫХ СИМПТОМОВ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ	А	Акушерство и гинекология
		О	А	МГТ		
		О	Б	бета-блокаторов		
		О	В	коррекции образа жизни		
		О	Г	антидепрессантов		
928	ПК-7	В		РАДИКАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ	В	Акушерство и гинекология
		О	А	ФУЗ-абляция		
		О	Б	эмболизация маточных артерий		

		О	В	гистерэктомия		
		О	Г	миомэктомия		
929	ПК-7	В		ПРОТИВОСУДОРОЖНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАПСИИ И ЭКЛАМПСИИ ПРОВОДИТЬСЯ ПРЕПАРАТАМИ	Б	Акушерство и гинекология
		О	А	реланиум 2,0 в/в капельно при помощи инфузомата		
		О	Б	нагрузочная доза сульфата магния 4г в/в, затем поддерживающая – 1г/час при помощи инфузомата в течение, как минимум, 24 часов		
		О	В	нагрузочная доза сульфата магния 4-6г в/в, затем поддерживающая – 1-2г/час при помощи инфузомата в течение, как минимум, 24 часов		
		О	Г	сибазон 2,0 в/в медленно болюсно		
930	ПК-7	В		ТЕРАПИЕЙ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ПРЕДМЕННОСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЮТСЯ	В	Акушерство и гинекология
		О	А	агонисты ГнРГ		
		О	Б	гестагены		
		О	В	КОК		
		О	Г	овариоэктомия		
931	ПК-7	В		ПРИ ЭНДОМЕТРИОМЕ ЯИЧНИКА ПОКАЗАНО ЛЕЧЕНИЕ	Г	Акушерство и гинекология
		О	А	гормональное		
		О	Б	симптоматическое		
		О	В	общеукрепляющее		
		О	Г	хирургическое		
932	ПК-7	В		ПРИ АНОМАЛЬНОМ МАТОЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ В ПЕРИОДЕ ПЕРИМENOПАЗУЗЕ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ	А	Акушерство и гинекология
		О	А	биопсии эндометрия		
		О	Б	раздельного диагностического выскабливание полости матки и		

				цервикального канала		
		О	В	гистерэктомии		
		О	Г	диагностической лапароскопии		
933	ПК-7	В		ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ	А	Акушерство и гинекология
		О	А	вакцинация против ВПЧ		
		О	Б	цервикальный скрининг		
		О	В	своевременное лечение предраковых заболеваний		
		О	Г	доступность паллиативной помощи		
934	ПК-7	В		ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ	В	Акушерство и гинекология
		О	А	антигипертензивная терапия		
		О	Б	противосудорожная терапия		
		О	В	родоразрешение, антигипертензивная и противосудорожная терапия		
		О	Г	инфузионная терапия		
935	ПК-7	В		АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ ТЕРАПИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ	Г	Акушерство и гинекология
		О	А	метопролол		
		О	Б	кордипин ретард		
		О	В	клонидин		
		О	Г	нифедипин		
936	ПК-7	В		КОГДА НЕОБХОДИМО ЭМПИРИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГОНОРЕИ И ХЛАМИДИОЗА У СЕКСУАЛЬНОГО ПАРТНЕРА ПАЦИЕНТКИ С ВЗОМТ?	А	Акушерство и гинекология
		О	А	если адекватное обследование на хламидиоз и гонорею не представляется возможным		
		О	Б	если партнер не пользовался барьерными методами контрацепции		
		О	В	если партнеру менее 18 лет		

		О	Г	при гомосексуальных половых контактах		
937	ПК-7	В		КОГДА СЛЕДУТ НАЧИНАТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ВЗОМТ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИХ?	Г	Акушерство и гинекология
		О	А	после обследования и бактериологического подтверждения ВЗОМТ		
		О	Б	только при тяжелых и осложненных формах ВЗОМТ		
		О	В	в том случае, если пациентка использует в качестве средства контрацепции ВМС		
		О	Г	сразу при подозрении на ВЗОМТ		
938	ПК-7	В		АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ ПЛАНОВОЙ ТЕРАПИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ	В	Акушерство и гинекология
		О	А	метопролол		
		О	Б	кордипин ретард		
		О	В	метилдопа		
		О	Г	клонидин		
939	ПК-7	В		АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ ПОКАЗАНА	Б	Акушерство и гинекология
		О	А	ВИЧ-инфицированным женщинам независимо от клинических проявлений при вирусной нагрузке более 100 000 копий/мл		
		О	Б	всем беременным ВИЧ-инфицированным женщинам независимо от клинических проявлений, вирусной нагрузки и количества CD4-лимфоцитов		
		О	В	ВИЧ-инфицированным женщинам при вирусной нагрузке более 100 000 копий/мл только после 12 недель беременности		
		О	Г	только ВИЧ-инфицированным женщинам, получающим		

				противотуберкулезное лечение при вирусной нагрузке более 100 000 копий/мл		
940	ПК-7	В		ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПЛОДА ЯВЛЯЕТСЯ	Г	Акушерство и гинекология
		О	А	подсадка кожного лоскута		
		О	Б	проведение плазмафереза		
		О	В	введение анти- Rh (D)-иммуноглобулина		
		О	Г	проведение внутриматочных внутрисосудистых переливаний отмытых лейкофильтрованных эритроцитов донора плоду		
941	ПК-7	В		МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АНЕМИЧЕСКОЙ ФОРМЫ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА	В	Акушерство и гинекология
		О	А	симптоматическими терапия		
		О	Б	назначение комбинированных оральных контрацептивов		
		О	В	хирургическое лечение		
		О	Г	антибактериальная терапия		
942	ПК-7	В		МЕТОДЫ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПРЕРВАВШЕЙСЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ТИПУ РАЗРЫВА ТРУБЫ	Г	Акушерство и гинекология
		О	А	гемостатическая терапия		
		О	Б	гормональная терапия		
		О	В	тампонада влагалища		
		О	Г	хирургическое лечение		
943	ПК-7	В		ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИЕМУ КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ ЯВЛЯЕТСЯ	Б	Акушерство и гинекология
		О	А	воспалительные заболевания органов малого таза		

		О	Б	гормонозависимые онкологические заболевания		
		О	В	эндометриоз		
		О	Г	внематочная беременность в анамнезе		
944	ПК-7	В		МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПОДСЛИЗИСТОЙ МИОМЕ ТЕЛА МАТКИ (0-2 ТИП УЗЛА ПО FIGO) ДИАМЕТРОМ НЕ БОЛЕЕ 5,0 СМ	В	Акушерство и гинекология
		О	А	лапароскопическая миомэктомия		
		О	Б	консервативное лечение		
		О	В	гистероскопическая миомэктомия		
		О	Г	выскабливание полости матки		
945	ПК-7	В		ТАКТИКА ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА	В	Акушерство и гинекология
		О	А	наблюдение в динамике		
		О	Б	гормональное лечение		
		О	В	хирургическое лечение		
		О	Г	физиотерапевтическое лечение		
946	ПК-7	В		КАКОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ РЕКОМЕНДОВАН ПРИ ПОРАЖЕНИИ ШЕЙКИ МАТКИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ (HSIL)?	Б	Акушерство и гинекология
		О	А	ампутация шейки матки		
		О	Б	эксцизия шейки матки + выскабливание цервикального канала + биопсия эндометрия		Акушерство и гинекология
		О	В	лучевая терапия		
		О	Г	тотальная гистерэктомия		
947	ПК-7	В		МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ	В	Акушерство и гинекология

		О	А	постельный режим		
		О	Б	нейропротекция		
		О	В	пессарий, серклайж, прогестерон		
		О	Г	глюкокортикоиды		
948	ПК-7	В		ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПРЕЭКЛАМПСИИ У ПАЦИЕНТОК ВЫСОКОГО РИСКА РЕКОМЕНДОВАНО НАЗНАЧЕНИЕ	Б	Акушерство и гинекология
		О	А	постельного режима		
		О	Б	аспирина в дозе 150 мг в сутки с 12 до 36 недель		
		О	В	аспирина в дозе 100 мг в сутки с 22 до 34 недель		
		О	Г	сульфата магния		
949	ПК-7	В		ИНФУЗИОННУЮ ТЕРАПИЮ ПРИ ПОСЛЕРОДОВОМ КРОВОТЕЧЕНИИ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С	В	Акушерство и гинекология
		О	А	коллоидных растворов		
		О	Б	эритроцитарной массы		
		О	В	эритроцитарной массы		
		О	Г	свежезамороженной плазмы		
950	ПК-7	В		В ПИТАНИИ БОЛЬНОГО ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЛЕДУЕТ ОГРАНИЧИТЬ УПОТРЕБЛЕНИЕ	В	Госпитальная терапия
		О	А	углеводов		
		О	Б	растительных жиров		
		О	В	поваренной соли		
		О	Г	воды		
951	ПК-7	В		ПАЦИЕНТУ 55 ЛЕТ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ II СТ. И СТЕНОКАРДИЕЙ II ФК ЛЕЧЕНИЕ СЛЕДУЕТ НАЧАТЬ С	В	Госпитальная терапия

		О	А	тиазидных диуретиков		
		О	Б	ингибиторов АПФ		
		О	В	бета-адреноблокаторов		
		О	Г	альфа-адреноблокаторов		
952	ПК-7	В		В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА «НЕМОГО ЛЕГКОГО» ПРИ АСТМАТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ НЕОБХОДИМО ИСПОЛЬЗОВАТЬ	Г	Госпитальная терапия
		О	А	бронхолитики		
		О	Б	антимикробные препараты		
		О	В	глюкокортикоиды		
		О	Г	промывание бронхов через бронхоскоп		
953	ПК-7	В		В ПЕРВЫЕ НЕСКОЛЬКО ЧАСОВ ПОСЛЕ КУПИРОВАНИЯ ОТЕКА ЛЕГКИХ РЕКОМЕНДОВАН	А	Госпитальная терапия
		О	А	постельный режим		
		О	Б	палатный режим		
		О	В	общий режим		
		О	Г	дополнительный дневной отдых		
954	ПК-7	В		К БАЗИСНЫМ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫМ ПРЕПАРАТАМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ОТНОСЯТСЯ	А	Госпитальная терапия
		О	А	инфликсимаб, цертолизумаб		
		О	Б	метотрексат, сульфасалазин		
		О	В	гидроксихинолин, лефлуномид		
		О	Г	целекоксиб, дипроспан		
955	ПК-7	В		В ПРОФИЛАКТИКЕ РАКА ЖЕЛУДКА, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ КАРДИАЛЬНОГО ОТДЕЛА, СУЩЕСТВЕННОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ	В	Госпитальная терапия
		О	А	исключение из пищи копченых, соленых продуктов		

		О	Б	применение средств, улучшающих регенерацию		
		О	В	эрадикация хеликобактер пилори		
		О	Г	медикаментозное подавление соляной кислоты		
956	ПК-7	В		ПОСЛЕ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ НАЗНАЧЕНИЕ ИНГИБИТОРОВ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ ОБЯЗАТЕЛЬНО, ЕСЛИ	Г	Госпитальная терапия
		О	А	язвенный дефект не зажил через 2 недели		
		О	Б	язвенный дефект не зажил через 4 недели		
		О	В	имеется низко расположенная язва ДПК		
		О	Г	имеются осложнения язвенной болезни ДПК		
957	ПК-7	В		К ГРУППЕ ТИРЕОСТАТИКОВ ОТНОСИТСЯ	Б	Госпитальная терапия
		О	А	преднизолон		
		О	Б	тирозол		
		О	В	ретаболил		
		О	Г	анаприлин		
958	ПК-7	В		ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ИММУННОМ АГРАНУЛОЦИТОЗЕ ВКЛЮЧАЕТ	Г	Госпитальная терапия
		О	А	обязательное назначение глюкокортикоидов		
		О	Б	переливание одногруппной крови		
		О	В	восполнение белков крови		
		О	Г	профилактику и лечение инфекционных осложнений		
959	ПК-7	В		У ПАЦИЕНТА 32 ЛЕТ ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ДПК ОСЛОЖНИЛАСЬ КРОВОТЕЧЕНИЕМ. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ВЫЯВЛЕН АНТИГЕН НР В КАЛЕ. ЭРАДИКАЦИОННУЮ ТЕРАПИЮ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ	В	Госпитальная терапия

		О	А	после остановки кровотечения		
		О	Б	после нормализации Hb и эритроцитов периферической крови		
		О	В	сразу после восстановления перорального питания		
		О	Г	после рубцевания язвенного дефекта		
960	ПК-7	В		УПЛОЩЕНИЕ ЗУБЦА Т И ДЕПРЕССИЯ СЕГМЕНТА ST НА ЭКГ НА ФОНЕ ПРИЕМА САЛУРЕТИКОВ СВЯЗАНО С	Г	Госпитальная терапия
		О	А	гипохлоремией		
		О	Б	гипонатриемией		
		О	В	гиперкальциемией		
		О	Г	гипокалиемией		
961	ПК-7	В		ФЕРМЕНТНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОБЛАДАЮТ ОБЕЗБОЛИВАЮЩИМ ДЕЙСТВИЕМ, ЕСЛИ В ДПК ОСВОБОЖДАЕТСЯ	А	Госпитальная терапия
		О	А	6000 ЕД амилазы		
		О	Б	6000 ЕД липазы		
		О	В	10 000 ЕД липазы		
		О	Г	100 ЕД протеазы		
962	ПК-7	В		У ПАЦИЕНТА С ЯЗВЕННЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ВЫЯВЛЕНА Н.РІLORY. ЭРАДИКАЦИОННУЮ ТЕРАПИЮ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ	Г	Госпитальная терапия
		О	А	после остановки кровотечения		
		О	Б	после рубцевания язвы		
		О	В	при уровне Hb 90 г/л и более		
		О	Г	после перевода на пероральны приём препаратов		
963	ПК-7	В		К БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ОТНОСИТСЯ	Г	Госпитальная терапия
		О	А	атровент		

		О	Б	беродуал		
		О	В	беротек		
		О	Г	беклометазон		
964	ПК-7	В		ПРИ ВЫСОКОЙ АКТИВНОСТИ БОЛЕЗНИ КРОНА ЛЕЧЕНИЕ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С _____ Г/СУТ	Г	Госпитальная терапия
		О	А	салофалька 3		
		О	Б	буденофалька 9		
		О	В	преднизолон 40-60		
		О	Г	месалазина 4		
965	ПК-7	В		КАЛОРИЙНОСТЬ ДИЕТЫ БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ РАССЧИТЫВАЮТ, ИСХОДЯ ИЗ	Г	Госпитальная терапия
		О	А	возраста		
		О	Б	идеальной массы тела		
		О	В	наличия сопутствующих заболеваний ЖКТ		
		О	Г	реальной массы тела		
966	ПК-7	В		ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ	Г	Госпитальная терапия
		О	А	тетрациклин		
		О	Б	сульфасалазин		
		О	В	кларитромицин		
		О	Г	ванкомицин		
967	ПК-7	В		ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИМЕНЯЕТСЯ	А	Госпитальная терапия
		О	А	бета2-агонисты короткого действия ингаляционно «по требованию»		
		О	Б	глюкокортикоиды ингаляционно ежедневно		
		О	В	бета2-агонисты пролонгированные ежедневно		
		О	Г	глюкокортикоиды перентерально «по		

				требованию»		
968	ПК-7	В		ДЛЯ ПОДГОТОВКИ КИШЕЧНИКА К ИССЛЕДОВАНИЮ ИЛИ ОПЕРАТИВНОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ НАЗНАЧИТЬ	В	Госпитальная терапия
		О	А	лактолозу		
		О	Б	макрогол		
		О	В	бисакодил		
		О	Г	очистительную клизму		
969	ПК-7	В		КЛАССИЧЕСКАЯ ТРОЙНАЯ СХЕМА ЭРАДИКАЦИИ H.PYLORI ВКЛЮЧАЕТ	Б	Госпитальная терапия
		О	А	ИПП, амоксициллин, препарат коллоидного висмута		
		О	Б	ИПП, амоксициллин, кларитромицин		
		О	В	ИПП, ампициллин, препарат коллоидного висмута		
		О	Г	H2-гистаминоблокатор, ампициллин, кларитромицин		
970	ПК-7	В		ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНИТЬ	Б	Госпитальная терапия
		О	А	лактолозу, эссенциальные фосфолипиды		
		О	Б	лактолозу, рифаксимин		
		О	В	лактолозу, адеметионин		
		О	Г	L-орнитин L-аспартат, УДХК		
971	ПК-7	В		НАЛИЧИЕ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ В первую очередь	В	Госпитальная терапия
		О	А	диуретиков		
		О	Б	иАПФ		
		О	В	глюокортикоидов		
		О	Г	сартанов		

972	ПК-7	В		В ДИЕТЕ БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПОДСЧЕТ ХЕ (хлебные единицы). 1 ХЕ СООТВЕТСТВУЕТ ____Г УГЛЕВОДОВ	А	Госпитальная терапия
		О	А	12		
		О	Б	15		
		О	В	18		
		О	Г	20		
973	ПК-7	В		НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ ПРОФИЛАКТИКОЙ СТРЕСС-ПОРАЖЕНИЙ ЖКТ ЯВЛЯЕТСЯ	А	Госпитальная терапия
		О	А	назначение ингибиторов ионной помпы		
		О	Б	назначение Н2-блокаторов		
		О	В	установка назогастрального зонда с целью декомпрессии желудка		
		О	Г	голод в течение 3-х суток после оперативного лечения		
974	ПК-7	В		ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЖЕНЩИНЕ С ГИПОТИРЕОЗОМ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧАТЬ	Г	Госпитальная терапия
		О	А	трийодтиронин		
		О	Б	тироксин в прежней дозе		
		О	В	тироксин и трийодтиронин		
		О	Г	тироксин в большей дозе, чем до беременности		
975	ПК-7	В		ПРИ ТРЁХСУТОЧНОМ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ, АППЕНДИКУЛЯРНОМ ИНФИЛЬТРАТЕ ПОКАЗАНО ЛЕЧЕНИЕ	Г	Госпитальная терапия
		О	А	блокады с антибиотиками для рассасывания инфильтрата		
		О	Б	УВЧ- терапия		
		О	В	дренирование зоны инфильтрата без аппендэктомии		
		О	Г	аппендэктомия		

976	ПК-7	В		ОСТРЫЙ ТРОМБОФЛЕБИТ БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ С РАСПРОСТРАНЕНИЕМ ДО ГРАНИЦЫ ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ БЕДРА ТРЕБУЕТ СЛЕДУЮЩЕЙ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ	Г	Госпитальная хирургия
		О	А	противовоспалительная терапия амбулаторно		
		О	Б	антибиотикотерапия и физиотерапия амбулаторно		
		О	В	антибиотикотерапия амбулаторно, при появлении отека – плановая госпитализация в хирургическое отделение		
		О	Г	экстренная госпитализация в хирургическое отделение для оперативного лечения		
977	ПК-7	В		АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ТРОМБОЗА ВЕН ПРИМЕНЯЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ	А	Госпитальная хирургия
		О	А	приостановления роста тромба		
		О	Б	растворения фибрина		
		О	В	увеличения количества сгустков		
		О	Г	изменения внутренней оболочки сосудов		
978	ПК-7	В		БИНТОВАНИЕ ГОЛЕНЕЙ ЭЛАСТИЧЕСКИМИ БИНТАМИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ	А	Госпитальная хирургия
		О	А	ускорения кровотока по глубоким венам		
		О	Б	воздействия на артериальный кровоток		
		О	В	профилактики трофических расстройств		
		О	Г	профилактики лимфостаза		
979	ПК-7	В		ГЕМОРОИДЭКТОМИЯ ПОКАЗАНА ПРИ	Г	Госпитальная хирургия
		О	А	анальном зуде		
		О	Б	болевым синдроме при дефекации		

		О	В	выпадении геморроидальных узлов 1 ст.		
		О	Г	выпадении геморроидальных узлов 3 ст.		
980	ПК-7	В		НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОГО ОГРАНИЧЕННОГО ПЕРИТОНИТА ЯВЛЯЕТСЯ	Г	Госпитальная хирургия
		О	А	срединная лапаротомия, санация брюшной полости и ушивание её наглухо.		
		О	Б	перитонеальный диализ после удаления источника перитонита		
		О	В	лапаростомия		
		О	Г	вскрытие и дренирование		
981	ПК-7	В		ПРИ ГЕМОРОЕ, ОСЛОЖНЕННОМ ТРЕЩИНОЙ АНАЛЬНОГО КАНАЛА ПОКАЗАНО	В	Госпитальная хирургия
		О	А	иссечение анальной трещины		
		О	Б	геморроидэктомия		
		О	В	пресакральная новокаиновая блокада		
		О	Г	противовоспалительное лечение		
982	ПК-7	В		ВОЗДЕЙСТВИЕ ПРОТЕОЛИТИЧЕСКИХ ФЕРМЕНТОВ НА РАНЕВОЙ ПРОЦЕСС	А	Госпитальная хирургия
		О	А	расплавляют некротизированные ткани		
		О	Б	блокируют в ране действие вазоактивных веществ		
		О	В	обеспечивают отток экссудата из раны		
		О	Г	оказывают бактерицидное действие		
983	ПК-7	В		ДЛЯ НЕМЕДЛЕННОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА СЛЕДУЕТ	Г	Госпитальная хирургия
		О	А	применять массивные дозы гемостатических средств		
		О	Б	применять гипотензивные средства		
		О	В	хирургически прошить кровоточащие сосуды		

		О	Г	ввести зонд Блекмора		
984	ПК-7	В		ПРИ ЭМБОЛИИ БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ, ИШЕМИИ III Б СТЕПЕНИ С ТОТАЛЬНОЙ КОНТРАКТУРОЙ КОНЕЧНОСТИ У БОЛЬНОЙ 69 ЛЕТ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ОПТИМАЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ	А	Госпитальная хирургия
		О	А	первичная ампутация конечности		
		О	Б	экстренная эмболэктомия		
		О	В	тромболитическая терапия		
		О	Г	антикоагулянтная терапия		
985	ПК-7	В		ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ СТЕНОЗА ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНОЙ 37 ЛЕТ С ПОВЫШЕНИЕМ АД ДО 180/110 ММ РТ.СТ. ПОКАЗАНА	В	Госпитальная хирургия
		О	А	консервативная гипотензивная терапия		
		О	Б	баллонная дилатация стеноза почечной артерии		
		О	В	пластика почечной артерии		
		О	Г	нефрэктомия со стороны стеноза		
986	ПК-7	В		ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ АБСЦЕССЕ ЛЕГКОГО В СТАДИИ ФОРМИРОВАНИЯ, БЕЗ ПРОРЫВА В БРОНХ	Г	Госпитальная хирургия
		О	А	пункция плевральной полости		
		О	Б	резекции легкого		
		О	В	пневмотомия		
		О	Г	антибиотикотерапия, детоксикация		
987	ПК-7	В		ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО	Г	Госпитальная хирургия
		О	А	введение антибиотиков		
		О	Б	введение столбнячного анатоксина		
		О	В	транспортная иммобилизация		
		О	Г	первичная хирургическая обработка		

988	ПК-7	В		ПРИ ОККЛЮЗИИ БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ С ПОРАЖЕНИЕМ ПОДКОЛЕННОЙ И БОЛЬШЕБЕРЦОВЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНОГО С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ IV СТ., ГАНГРЕНОЙ СТОПЫ МЕТОДОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ	Г	Госпитальная хирургия
		О	А	консервативное лечение		
		О	Б	поясничная симпатэктомия		
		О	В	реконструктивная сосудистая операция		
		О	Г	первичная ампутация		
989	ПК-7	В		ПОСЛЕ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА ПЛАНОВАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ПРОВЕДЕНА ЧЕРЕЗ	Г	Госпитальная хирургия
		О	А	5-7 дней		
		О	Б	10-15 дней		
		О	В	1 мес		
		О	Г	2 мес		
990	ПК-7	В		ПРИ САМОПРОИЗВОЛЬНОМ ВПРАВЛЕНИИ ГРЫЖИ ПОКАЗАНО	Г	Госпитальная хирургия
		О	А	экстренная лапаротомия		
		О	Б	экстренное грыжесечение		
		О	В	холод, спазмолитики		
		О	Г	наблюдение		
991	ПК-7	В		НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ АНАЭРОБНОЙ ГАНГРЕНЫ ЯВЛЯЕТСЯ	Б	Госпитальная хирургия
		О	А	проточное промывание ран		
		О	Б	гипербарическая оксигенация		
		О	В	ультрафиолетовое облучение		
		О	Г	ультразвуковая обработка раны		

992	ПК-7	В		ЛЕЧЕНИЕ ОЖОГА ПИЩЕВОДА В РАННЕЙ СТАДИИ ВКЛЮЧАЕТ	Б	Госпитальная хирургия
		О	А	интенсивную терапию, наложение свища для питания		
		О	Б	интенсивную терапию, бужирование пищевода		
		О	В	интенсивную терапию, резекцию пищевода		
		О	Г	наложение свища для питания, резекцию пищевода		
993	ПК-7	В		АНТИБИОТИКИ ПЕНИЦИЛЛИНОВОГО РЯДА НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ ПРИ	Г	Дерматовенерология
		О	А	гонорее		
		О	Б	первичном сифилисе		
		О	В	вторичном сифилисе		
		О	Г	хламидийном уретрите		
994	ПК-7	В		ГЛЮКОРТИКОИДЫ ПОКАЗАНЫ ПРИ	Г	Дерматовенерология
		О	А	простом герпесе		
		О	Б	рубромикозе		
		О	В	кандидозе		
		О	Г	истинной пузырчатке		
995	ПК-7	В		ПРИ ЭРИТЕМАТОЗНОЙ ФОРМЕ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ РЕКОМЕНДОВАНО ЛЕЧЕНИЕ	В	Дерматовенерология
		О	А	обработка дезинфицирующими растворами		
		О	Б	мазовые повязки и антибиотикотерапия		
		О	В	УФО и антибиотикотерапия		
		О	Г	согревающие компрессы		
996	ПК-7	В		ПРИ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ НАИЛУЧШИЕ	Г	Детская хирургия

				РЕЗУЛЬТАТЫ ДАЕТ		
		О	А	наружное вытяжение без торакопластики		
		О	Б	торакопластика с наружным вытяжением		
		О	В	торакопластика без фиксирующих устройств		
		О	Г	стернохондропластика с внутренней фиксацией		
997	ПК-7	В		ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ УЩЕМЛЕННОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ ВКЛЮЧАЕТ	Г	Детская хирургия
		О	А	вправление грыжи с дальнейшим исследованием водно-электролитного баланса		
		О	Б	вправление и наблюдение до момента заращения влагалищного отростка брюшины		
		О	В	в детском возрасте – вправление и проведение операции во взрослом возрасте		
		О	Г	срочное оперативное вмешательство		
998	ПК-7	В		В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ЛЕЧЕНИЕ	В	Детская хирургия
		О	А	гипсовые повязки		
		О	Б	функциональные шины		
		О	В	широкое пеленание, ЛФК		
		О	Г	оперативное		
999	ПК-7	В		ПРОТИВОВИРУСНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГРИППА ЯВЛЯЮТСЯ	Б	Инфекционные болезни
		О	А	индукторы интерферона		
		О	Б	селективные ингибиторы нейраминидазы		
		О	В	топические лизаты		
		О	Г	аналоги нуклеозидов		
1000	ПК-	В		ПРЕПАРАТОМ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ	А	Инфекционные

	7			ЯВЛЯЕТСЯ		болезни
		О	А	азидотимидин		
		О	Б	макропен		
		О	В	орунгал		
		О	Г	плаквенил		
1001	ПК-7	В		ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОПИСТОРХОЗА В КАЧЕСТВЕ АНТИПАРАЗИТАРНОГО ПРЕПАРАТА СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ	Б	Инфекционные болезни
		О	А	альбендазол		
		О	Б	празиквантель		
		О	В	метронидазол		
		О	Г	примахин		
1002	ПК-7	В		ОСЛОЖНЕНИЕ, ТРЕБУЮЩЕЕ ЭКСТРЕННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ	А	Кардиология и ССХ
		О	А	внутрисердечный абсцесс		
		О	Б	недостаточность митрального клапана		
		О	В	экссудативный перикардит		
		О	Г	гломерулонефрит		
1003	ПК-7	В		БОЛЬНЫМ, ПЕРЕНЕСШИМ ИНФАРКТ МИОКАРДА, НАЗНАЧАЮТ ДЛИТЕЛЬНО АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВУЮ КИСЛОТУ С ЦЕЛЬЮ	Б	Кардиология и ССХ
		О	А	снижения протромбинового индекса		
		О	Б	препятствия агрегации тромбоцитов		
		О	В	лизирования образующихся тромбов		
		О	Г	ингибирования внутреннего механизма свертывания крови		
1004	ПК-7	В		ЖЕНЩИНУ 40 ЛЕТ С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ БЕСПОКОЯТ ОДЫШКА, УСТАЛОСТЬ ПРИ НЕЗНАЧИТЕЛЬНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ	Г	Кардиология и ССХ

				НАЗГУЗКЕ. БОЛЬНОЙ ПОКАЗАНО		
		О	А	бициллинопрофилактика		
		О	Б	антикоагулянты		
		О	В	имплантация искусственного клапана		
		О	Г	митральная комиссуротомия		
1005	ПК-7	В		К НЕОТЛОЖНЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ИНСУЛЬТА ОТНОСИТСЯ	В	Кардиология, ССХ
		О	А	проведение ноотропной терапии		
		О	Б	проведение гемостатической терапии		
		О	В	восстановление перфузии в бассейне пораженного сосуда		
		О	Г	профилактика трофических осложнений		
1006	ПК-7	В		ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ НАРУШЕНИЯ РИТМА ПРИ WPW-СИНДРОМЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ	Г	Кардиология, ССХ
		О	А	бисопролол		
		О	Б	дигоксин		
		О	В	верапамил		
		О	Г	амиодарон		
1007	ПК-7	В		ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА У БОЛЬНОГО С ГИПЕРТОНИЧЕСКИМ КРИЗОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ОТЁКОМ ЛЁГКИХ, ЯВЛЯЕТСЯ	Г	Кардиология, ССХ
		О	А	эналаприл внутрь		
		О	Б	обзидан внутрь		
		О	В	допамин внутривенно		
		О	Г	спирт внутривенно		
1008	ПК-7	В		ПРИ ХБП 2А СТ. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АНЕМИИ ПОКАЗАН	В	Клиническая фармакология
		О	А	витамин В12		
		О	Б	фолиевая кислота		
		О	В	эритропоэтин		

		О	Г	кетостерил		
1009	ПК-7	В		БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ ЯВЛЯЮТСЯ ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ	Б	Клиническая фармакология
		О	А	миокардита		
		О	Б	гипертрофической кардиомиопатии		
		О	В	феохромоцитомы		
		О	Г	вазореальной артериальной гипертензии		
1010	ПК-7	В		ОСНОВНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ СРЕДСТВАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЮТСЯ	В	Клиническая фармакология
		О	А	бета2-миметики		
		О	Б	теофиллины		
		О	В	ингаляционные глюкокортикоиды		
		О	Г	антибиотики		
1011	ПК-7	В		СНИЖЕНИЮ ДАВЛЕНИЯ В СИСТЕМЕ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ СПОСОБСТВУЮТ	Г	Клиническая фармакология
		О	А	диуретики		
		О	Б	ингибиторы АПФ		
		О	В	бета-блокаторы		
		О	Г	антагонисты кальция		
1012	ПК-7	В		СТИМУЛИРУЕТ КАРБОМОИЛФОСФАТСИНТЕТАЗУ, УЧАСТВУЮЩУЮ В ОБЕЗВРЕЖИВАНИИ АММИАКА,	Б	Клиническая фармакология
		О	А	L орнитин-L аспартат		
		О	Б	адеметионин		
		О	В	гепасол		
		О	Г	гепабене		

1013	ПК-7	В		БОЛЬНОМУ СО СТОЙКИМ ГИПОПАРАТИРЕОЗОМ ПОСЛЕ ТИРЕОИДЭКТОМИИ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ	А	Клиническая фармакология
		О	А	препараты кальция и витамина D		
		О	Б	препараты фосфора		
		О	В	кальцитонин		
		О	Г	диета с высоким содержанием кальция		
1014	ПК-7	В		ПРИ СТАФИЛОКОККОВОМ СЕПСИСЕ ИЗ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ	Б	Клиническая фармакология
		О	А	«природные» пенициллины и линкозамыны		
		О	Б	полусинтетические пенициллины и цефалоспорины		
		О	В	макролиды и аминогликозиды		
		О	Г	макролиды и нитрофураны		
1015	ПК-7	В		ПРИ ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТЕ ПРИ ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТАХ ПОСЕВОВ КРОВИ ПОКАЗАНЫ АНТИБИОТИКИ	Б	Клиническая фармакология
		О	А	пенициллин		
		О	Б	пенициллин + аминогликозид		
		О	В	цефалоспорин		
		О	Г	цефалоспорин + аминогликозид		
1016	ПК-7	В		ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТАХИАРИТМИЙ, ВЫЗВАННЫХ ДИГИТАЛИСНОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСЕН И ДОСТАТОЧНО ЭФФЕКТИВЕН	В	Клиническая фармакология
		О	А	новокаиномид		
		О	Б	изоптин		
		О	В	лидокаин		
		О	Г	хинидин		

1017	ПК-7	В		ПОСЛЕ ПРИЕМА ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ НЕОБХОДИМО	Б	Клиническая фармакология
		О	А	принять пищу		
		О	Б	прополоскать рот		
		О	В	проветрить комнату		
		О	Г	одеть маску		
1018	ПК-7	В		ПРИ СТАФИЛОКОККОВОЙ ПНЕВМОНИИ ПОКАЗАН	Б	Клиническая фармакология
		О	А	бензилпеницилин		
		О	Б	ванкомицин		
		О	В	доксциклин		
		О	Г	линкомицин		
1019	ПК-7	В		ЛЕЧЕНИЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ НАЧИНАЮТ С	А	Клиническая фармакология
		О	А	пенициллинов		
		О	Б	линкозамидов		
		О	В	аминогликозидов		
		О	Г	карбопенемов		
1020	ПК-7	В		ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ	Г	Клиническая фармакология
		О	А	анальгина		
		О	Б	баралгина		
		О	В	но-шпы		
		О	Г	морфина		
1021	ПК-7	В		ПРИ ГИПЕРВИТАМИНОЗЕ D ПОКАЗАНО ЛЕЧЕНИЕ	Б	Клиническая фармакология
		О	А	амбулаторное		

		О	Б	стационарное		
		О	В	санаторно-курортное		
		О	Г	не требуется		
1022	ПК-7	В		ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ЧАСТЫХ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ ЭКСТРАСИСТОЛ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ	Б	Клиническая фармакология
		О	А	новокаиномид		
		О	Б	лидокаин		
		О	В	дигоксин		
		О	Г	пропафенон		
1023	ПК-7	В		МИНИМАЛЬНАЯ ДОЗА АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ, НЕОБРАТИМО ВЛИЯЮЩАЯ НА ЦИКЛООКСИГЕНАЗУ ТРОМБОЦИТОВ _____ МГ	А	Клиническая фармакология
		О	А	75-100		
		О	Б	150-200		
		О	В	325		
		О	Г	500		
1024	ПК-7	В		НА РАННЕЙ СТАДИИ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТЕ С НИЗКОЙ АКТИВНОСТЬЮ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ	Г	Клиническая фармакология
		О	А	преднизалон		
		О	Б	диклофенак		
		О	В	дексаметазон		
		О	Г	метотрексат		
1025	ПК-7	В		ДЛЯ ЭРАДИКАЦИИ Н. PYLORI ИСПОЛЬЗУЕТСЯ АНТИБИОТИК	Б	Клиническая фармакология
		О	А	эритромицин		
		О	Б	кларитромицин		

		О	В	цефоперазон		
		О	Г	карбенициллин		
1026	ПК-7	В		ПРИ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ	В	Клиническая фармакология
		О	А	диакарб		
		О	Б	маннитол		
		О	В	фуросемид		
		О	Г	верошпирон		
1027	ПК-7	В		ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТА С ПОДАГРИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН ГИПОТЕНЗИВНЫЙ ПРЕПАРАТ	Б	Клиническая фармакология
		О	А	бисопролол		
		О	Б	лозартан		
		О	В	амлодипин		
		О	Г	лизиноприл		
1028	ПК-7	В		ИНГАЛЯЦИОННЫЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ПОКАЗАНЫ ДЛЯ	В	Клиническая фармакология
		О	А	купирования острого приступа удушья		
		О	Б	лечения астматического состояния		
		О	В	профилактики приступов удушья		
		О	Г	профилактики одышки		
1029	ПК-7	В		ПРИ АСТМАТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ	А	Клиническая фармакология
		О	А	преднизолон		
		О	Б	сальбутамол		
		О	В	теопэк		
		О	Г	тиотропиум бромид		

1030	ПК-7	В		БАЗИСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ, ПОМИМО L-арнитин-L-аспартатА ВКЛЮЧАЕТ	Г	Клиническая фармакология
		О	А	адеметионин, лактулозу		
		О	Б	адеметионин, рифаксимин		
		О	В	адеметионин, метронидазол		
		О	Г	лактолозу, рифаксимин		
1031	ПК-7	В		ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ ГРУППЫ	В	Клиническая фармакология
		О	А	нитроксалина		
		О	Б	макролидов		
		О	В	защищенных пенициллинов		
		О	Г	тетрациклина		
1032	ПК-7	В	034	ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЯВЛЯЕТСЯ	А	Клиническая фармакология
		О	А	амоксициллин внутрь		
		О	Б	ампициллин внутрь		
		О	В	азитромицин в/мышечно		
		О	Г	линкомицин в/мышечно		
1033	ПК-7	В		ЖЕЛУДОЧКОВУЮ ТАХИКАРДИЮ ТИПА "ПИРУЭТ" МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ	А	Клиническая фармакология
		О	А	хинидин		
		О	Б	амитриптилин		
		О	В	верапамил		
		О	Г	дигоксин		

1034	ПК-7	В		ПРИ АСТМЕ ФИЗИЧЕСКОГО УСИЛИЯ В КАЧЕСТВЕ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО НАЗНАЧЕНИЕ	Г	Клиническая фармакология
		О	А	бета2-адреномиметиков		
		О	Б	М-холиноблокаторов		
		О	В	метилксантинов		
		О	Г	антилейкотриеновых препаратов		
1035	ПК-7	В		ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОКОККОВОЙ ПНЕВМОНИИ, ПРИ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ БЕТА-ЛАКТАМОВ, СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРЕПАРАТ ИЗ ГРУППЫ	В	Клиническая фармакология
		О	А	пенициллинов		
		О	Б	цефалоспоринов		
		О	В	макролидов		
		О	Г	тетрациклинов		
1036	ПК-7	В	024	АНТИБИОТИКОМ ВЫБОРА ПРИ ПЕЧЁНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ	Б	Клиническая фармакология
		О	А	ципрофлоксацин		
		О	Б	рифаксимин		
		О	В	цефотаксим		
		О	Г	амоксиклав		
1037	ПК-7	В		ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК (ХБП) 4С ПРОТИВОПОКАЗАНЫ	Б	Клиническая фармакология
		О	А	сорбенты		
		О	Б	тиазидные диуретики		
		О	В	петлевые диуретики		
		О	Г	блокаторы кальциевых каналов		
1038	ПК-7	В		ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ГИПОТИАЗИДА ЯВЛЯЕТСЯ	Г	Клиническая фармакология
		О	А	гиперкоагуляция		

		О	Б	гиперкалиемия		
		О	В	гипернатриемия		
		О	Г	креатинемия более 0,22 ммоль/л		
1039	ПК-7	В		ОСНОВНЫМ МЕХАНИЗМОМ ДЕЙСТВИЯ БАЗИСНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ	Г	Клиническая фармакология
		О	А	уменьшение боли		
		О	Б	жаропонижающее действие		
		О	В	подавление образования простагландинов		
		О	Г	замедление прогрессирования костно-суставной деструкции		
1040	ПК-7	В		НАИБОЛЬШЕЙ ПРОТИВОКИСЛОТНОЙ АКТИВНОСТЬЮ ПРИ ЯЗВОЗАЖИВЛЯЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ОБЛАДАЮТ	Г	Клиническая фармакология
		О	А	антациды		
		О	Б	М-холиноблокаторы		
		О	В	H ₂ -гистаминоблокаторы		
		О	Г	ингибиторы протонной помпы		
1041	ПК-7	В		ПРИ СД 2 ТИПА И ОЖИРЕНИИ С ПЛОХОЙ ПЕРЕНОСИМОСТЬЮ МЕТФОРМИНА ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОГО ВЫБОРА ЯВЛЯЮТСЯ	А	Клиническая фармакология
		О	А	агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида 1 (арГПП-1)		
		О	Б	ингибиторы дипептидилпептидазы-4 (ДПП-4)		
		О	В	глиниды		
		О	Г	инсулин		
1042	ПК-7	В		НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ	Б	Клиническая фармакология
		О	А	новокаионамид		

		О	Б	лидокаин		
		О	В	пропафенон		
		О	Г	атенолол		
1043	ПК-7	В		ОСНОВНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕРМАТОМИОЗИТА ЯВЛЯЕТСЯ	В	Клиническая фармакология
		О	А	циклофосфан		
		О	Б	Д-пеницилламин		
		О	В	преднизолон		
		О	Г	метотрексат		
1044	ПК-7	В		БАЗИСНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХОБЛ ЯВЛЯЮТСЯ	Б	Клиническая фармакология
		О	А	ингаляционные глюкокортикоиды		
		О	Б	М-холинолитики длительного действия		
		О	В	стабилизаторы тучных клеток		
		О	Г	антилейкотриеновые препараты		
1045	ПК-7	В		К ГРУППЕ КАРБАПЕНЕМОВ ОТНОСЯТСЯ	А	Клиническая фармакология
		О	А	имипенем, азлоциллин		
		О	Б	линкомицин, имипенем		
		О	В	азлоциллин, азтреон		
		О	Г	азтреон, меронем		
1046	ПК-7	В		ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ АНТИБИОТИКИ ГРУППЫ	Б	Клиническая фармакология
		О	А	макролидов		
		О	Б	фторхинолонов		
		О	В	пенициллинов		
		О	Г	цефалоспоринов		
1047	ПК-7	В		ПРИ АГ 2 СТ. В СОЧЕТАНИИ СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ У ПАЦИЕНТА 55 ЛЕТ ПРЕПАРАТОМ	Б	Клиническая фармакология

				ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ		
		О	А	ингибитор АПФ		
		О	Б	бета-блокатор		
		О	В	альфа-адреноблокатор		
		О	Г	тиазидный диуретик		
1048	ПК-7	В		НЕФРОПРОТЕКТИВНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ	Г	Клиническая фармакология
		О	А	преднизолон		
		О	Б	циклофосфан		
		О	В	кетостерил		
		О	Г	эналаприл		
1049	ПК-7	В		ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТА В ВИДЕ НАРУШЕНИЯ НЕРВНО- МЫШЕЧНОЙ ПРОВОДИМОСТИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ	В	Клиническая фармакология
		О	А	фторхинолонов		
		О	Б	тетрациклинов		
		О	В	аминогликозидов		
		О	Г	макролидов		
1050	ПК-7	В		ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ БОЛЬНОМУ С АДЕНОМОЙ ПРОСТАТЫ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ	Б	Клиническая фармакология
		О	А	эналаприл		
		О	Б	доксазозин		
		О	В	верапамил		
		О	Г	метопролол		
1051	ПК-7	В		АНТАГОНИСТЫ КАЛЬЦИЯ ВЛИЯЮТ НА ФУНКЦИЮ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	В	Клиническая фармакология
		О	А	уменьшая пред- и постнагрузку		
		О	Б	увеличивая пред- и постнагрузку		
		О	В	уменьшая постнагрузку, не влияя		

				существенно на преднагрузку		
		О	Г	уменьшая преднагрузку, не влияя существенно на постнагрузку		
1052	ПК-7	В		К БАЗИСНЫМ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ СРЕДСТВАМ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ОТНОСЯТ	Б	Клиническая фармакология
		О	А	глюкокортикоиды, теofilлин		
		О	Б	глюкокортикоиды, антилейкотриеновые препараты		
		О	В	антибиотики, глюкокортикоиды		
		О	Г	антилейкотриеновые препараты, кромогликат натрия		
1053	ПК-7	В		СРЕДНЕТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ДОЗА ЭЛЕМЕНТАРНОГО (ДВУХВАЛЕНТНОГО) ЖЕЛЕЗА СОСТАВЛЯЕТ _____ МГ В СУТ	Б	Клиническая фармакология
		О	А	75		
		О	Б	200		
		О	В	325		
		О	Г	415		
1054	ПК-7	В		ВЫСОКАЯ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ БУДЕСНИДА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ	Г	Клиническая фармакология
		О	А	низкой системной биодоступностью		
		О	Б	высокой дозой препарата		
		О	В	быстрым разрушением препарата в печени		
		О	Г	высоким сродством к стероидным рецепторам		
1055	ПК-7	В		АНТИКОАГУЛЯНТЫ ПОКАЗАНЫ ПРИ	А	Клиническая фармакология
		О	А	тромбофлебите		
		О	Б	лимфангите		
		О	В	эндартериите		
		О	Г	гангрене		

1056	ПК-7	В		ЖЕНЩИНЕ 35 ЛЕТ С ПОДОСТРЫМ ТЕЧЕНИЕМ СКВ, НАЛИЧИЕМ ВОЛЧАНОЧНОГО НЕФРИТА И ПЕРИКАРДИТА ПОКАЗАНЫ	А	Клиническая фармакология
		О	А	циклофосфамид, преднизолон		
		О	Б	метотрексат, преднизолон		
		О	В	преднизолон, азатиоприн		
		О	Г	метотрексат, плаквенил		
1057	ПК-7	В		ДЛЯ ДЛИТЕЛЬНОГО ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ	В	Неврология
		О	А	миорелаксанты		
		О	Б	глюкокортикоиды		
		О	В	бета-интерфероны		
		О	Г	антикоагулянты		
1058	ПК-7	В		ПРИ НЕУТОЧНЕННОМ СУДОРОЖНОМ СИНДРОМЕ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ	Б	Неврология, нейрохирургия, медицинская генетика
		О	А	магния сульфат		
		О	Б	бензодиазепины		
		О	В	нейролептики		
		О	Г	любые доступные в/в анестетики		
1059	ПК-7	В		ПАЛЛИАТИВНАЯ ОПЕРАЦИЯ – ЭТО ОПЕРАЦИЯ,	А	Онкология, лучевая терапия
		О	А	устраняющая болевой синдром		
		О	Б	полностью устраняющая патологический очаг		
		О	В	устраняющая симптомы заболевания		
		О	Г	выполненная одномоментно		
1060	ПК-7	В		ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЭПИТИМПАНИТА	А	Оториноларингология

				ЯВЛЯЕТСЯ		
		О	А	отоскопия		
		О	Б	УЗИ-исследование		
		О	В	магнитнорезонансная томография		
		О	Г	компьютерная томография		
1061	ПК-7	В		ПРИ ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ ЛАКУНАРНОЙ АНГИНЫ В БОЛЬНОЙ ДОЛЖЕН БЫТЬ ГОСПИТАЛИЗИРОВАН В _____ ОТДЕЛЕНИЕ	Б	Оториноларингологи я
		О	А	отоларингологическое		
		О	Б	инфекционное		
		О	В	терапевтическое		
		О	Г	хирургическое		
1062	ПК-7	В		ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВУЛЬГАРНЫХ АНГИН НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ АНТИБИОТИКИ ГРУППЫ	А	Оториноларингологи я
		О	А	полусинтетические пенициллины		
		О	Б	тетрациклины		
		О	В	линкозамыны		
		О	Г	фторхинолоны		
1063	ПК-7	В		ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОМ СИНУСИТЕ ПОКАЗАНА	А	Оториноларингологи я
		О	А	пункция верхнечелюстной пазухи		
		О	Б	сфеноидотомия		
		О	В	этмоидотомия		
		О	Г	фронтотомия		
1064	ПК-7	В		ГИПЕРЕМия И ОТЕК В ОБЛАСТИ ЩЕКИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ	В	Оториноларинголог ия
		О	А	этмоидита		
		О	Б	сфеноидита		
		О	В	верхнечелюстного синусита		

		О	Г	фронтита		
1065	ПК-7	В		К КОНСЕРВАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА ОТНОСЯТСЯ	Б	Оториноларингология
		О	А	смазывание задней стенки глотки		
		О	Б	санация лакун		
		О	В	зондирование миндалин		
		О	Г	ротация миндалин		
1066	ПК-7	В		ОПТИМАЛЬНЫЙ ВИД ОПТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИ АФАКИИ	В	Офтальмология
		О	А	очковая коррекция		
		О	Б	контактная коррекция зрения		
		О	В	интраокулярная коррекция		
		О	Г	эксимерлазерная коррекция		
1077	ПК-7	В		ЛЕЧЕНИЕ ПНЕВМОНИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С	Б	Поликлиническая терапия
		О	А	макролидов		
		О	Б	полусинтетических пенициллинов		
		О	В	цефалоспоринов		
		О	Г	аминогликозидов		
1078	ПК-7	В		НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПОБОЧНЫЕ ЯВЛЕНИЯ ПРИ ПРИЕМЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ДОЗ ТИПИЧНЫХ НЕЙРОЛЕПТИКОВ	Б	Психиатрия, мед.психология
		О	А	расстройство сна		
		О	Б	экстрапирамидные расстройства		
		О	В	делириозные состояния		
		О	Г	повышение свертываемости крови		

1079	ПК-7	В		ПРИ ВНЕЗАПНОМ ВОЗНИКНОВЕНИИ СОСТОЯНИЯ ВОЗБУЖДЕНИЯ У БОЛЬНОГО, НАХОДЯЩЕГОСЯ В СОМАТИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ, НЕОБХОДИМО	Г	Психиатрия, медицинская психология
		О	А	держаться подальше от больного		
		О	Б	наблюдать со стороны		
		О	В	перевести больного в реанимационное отделение стационара		
		О	Г	обезопасить окружающих и самого больного, удерживая его при необходимости, вызвать скорую психиатрическую бригаду		
1080	ПК-7	В		УСТРАНЯЮТ БОЛЕЗНЕННО ПОНИЖЕННОЕ НАСТРОЕНИЕ И ЗАТОРМОЖЕННОСТЬ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	Б	Психиатрия, медицинская психология
		О	А	транквилизаторы		
		О	Б	антидепрессанты		
		О	В	нейролептики		
		О	Г	ноотропы		
1081	ПК-7	В		БОЛЬНЫЕ ЭПИЛЕПСИЕЙ НЕ ДОПУСКАЮТСЯ К РАБОТЕ	А	Психиатрия, медицинская психология
		О	А	с движущимися механизмами, на высоте, водителем		
		О	Б	с движущимися механизмами, водителем, на руководящих должностях		
		О	В	с движущимися механизмами, на высоте, на руководящих должностях		
		О	Г	на высоте, водителем, на руководящих должностях		
1082	ПК-7	В		К НЕЙРОЛЕПТИКАМ-АНТИПСИХОТИКАМ ОТНОСЯТСЯ	А	Психиатрия, медицинская психология
		О	А	галоперидол		
		О	Б	карбамазепин		
		О	В	диазепам		

		О	Г	аитриплидин		
1083	ПК-7	В		ТАКТИКА В ОТНОШЕНИИ БОЛЬНОГО С АЛКОГОЛЬНЫМ ДЕЛИРИЕМ	А	Психиатрия, медицинская психология
		О	А	неотложная госпитализация в психиатрический стационар		
		О	Б	направление в наркологический стационар		
		О	В	лечение в условиях дневного стационара		
		О	Г	проведение успокоительной психотерапевтической беседы		
1084	ПК-7	В		ПАЦИЕНТ, ПРОЛЕЧЕННЫЙ В СВЯЗИ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ НАРКОТИЧЕСКИХ (ПСИХОАКТИВНЫХ) ВЕЩЕСТВ, НЕ ДОЛЖЕН ПРИБЕГАТЬ К НИМ ВПОСЛЕДСТВИИ В ТЕЧЕНИЕ	Г	Психиатрия, медицинская психология
		О	А	6 месяцев		
		О	Б	1 года		
		О	В	3 лет		
		О	Г	всей последующей жизни		
1085	ПК-7	В		ОБЪЕКТОМ ПРОФИЛАКТИКИ В НАРКОЛОГИИ ЯВЛЯЮТСЯ	Г	
		О	А	больные люди, страдающие зависимостью от психотропных веществ		
		О	Б	школьники, студенты, учащиеся профучилищ		
		О	В	подростки из неблагополучных семей		
		О	Г	все контингенты населения		
1086	ПК-7	В		ПЛАЦЕБО-ЭФФЕКТ В ТЕРАПИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ	Г	Психиатрия, медицинская психология
		О	А	фактором неожиданности		
		О	Б	наркотической зависимостью		
		О	В	длительностью использования терапевтического средства (метода)		

		О	Г	психологической установкой пациента к предлагаемому терапевтическому средству (методу)		
1087	ПК-7	В		ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ КОКСАРТРОЗА СОСТОИТ В	Г	Травматология, ортопедия
		О	А	устранении контрактуры сустава		
		О	Б	увеличении объема движений		
		О	В	компенсации укорочения конечности		
		О	Г	купировании болевого синдрома		
1088	ПК-7	В		ПРИ ВАЛЬГУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ 1-ГО ПАЛЬЦА СТОПЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ЛЕЧЕНИЕ	Г	Травматология, ортопедия
		О	А	корректирующие гипсовые повязки		
		О	Б	ЛФК, физиотерапия, массаж		
		О	В	ношение ортопедической обуви		
		О	Г	оперативное		
1089	ПК-7	В		НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕТОД КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ	Б	Травматология, ортопедия
		О	А	бинтование мягкими бинтами		
		О	Б	этапные гипсовые повязки – сапожки		
		О	В	лечебная гимнастика и массаж		
		О	Г	полиэтиленовые шины – ортезы		
1090	ПК-7	В		ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ БЕЗ СМЕЩЕНИЯ ОТЛОМКОВ ТРЕБУЮТ	Б	Травматология, ортопедия
		О	А	наложения компрессионно-дистрикционного аппарата		
		О	Б	наложения разрезной гипсовой повязки		
		О	В	скелетного вытяжения		
		О	Г	хирургического лечения		
1091	ПК-	В		ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЫВИХА	А	Травматология,

	7			БЕДРА ПРИМЕНЯЕТСЯ		ортопедия
		О	А	артродезирование сустава		
		О	Б	эндопротезирование		
		О	В	остеосинтез		
		О	Г	резекция сустава		
1092	ПК-7	В		ПРИ УСТАНОВКЕ ПОСТОЯННОГО КАТЕТЕРА ФОЛЕЯ ПО УРЕТРЕ БОЛЬНОМУ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ	В	Урология
		О	А	цефалоспорины		
		О	Б	нистатин		
		О	В	уроантисептики		
		О	Г	морфин		
1093	ПК-7	В		ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ СИСТЕМНЫХ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ СИНДРОМА	Г	Факультетская терапия
		О	А	мочевового		
		О	Б	гематурического		
		О	В	полиурического		
		О	Г	нефротического		
1094	ПК-7	В		БОЛЬНОМУ 56 ЛЕТ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ПОЛУЧАЮЩЕМУ МЕТФОРМИН, ПРЕДСТОИТ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ. ТАКТИКА АНТИГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ	В	Факультетская терапия
		О	А	сохранение прежней схемы лечения		
		О	Б	добавление инсулина короткого действия		
		О	В	отмена метформина перед операцией, назначение инсулина короткого действия в периоперационном периоде		
		О	Г	отмена метформина и назначение инсулина длительного действия		
1095	ПК-	В		ТОЛЕРАНТНОСТЬ К УГЛЕВОДАМ	Г	Факультетская

	7			УХУДШАЮТ		терапия
		О	А	контрацептивы		
		О	Б	антагонисты кальция		
		О	В	ингибиторы АПФ		
		О	Г	глюкокортикоиды		
1096	ПК-7	В		ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ВВЕДЕНИЯ 5% ГЛЮКОЗЫ ПРИ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ	Б	Факультетская терапия
		О	А	гликемия <10,0 ммоль/л		
		О	Б	гликемия <13,0 ммоль/л		
		О	В	осмолярность плазмы > 300,0 ммоль/л		
		О	Г	натриемия > 150 ммоль/л		
1097	ПК-7	В		К ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ СРЕДСТВАМ ЛЕЧЕНИЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ОТНОСЯТСЯ	А	Факультетская терапия
		О	А	глюкокортикоиды, цитостатики		
		О	Б	белковые препараты, цитостатики		
		О	В	диуретики, белковые препараты		
		О	Г	диуретики, глюкокортикоиды		
1098	ПК-7	В		ПРИ НАЛИЧИИ АЛЬБУМИНУРИИ НЕОБХОДИМО В ПИТАНИИ	А	Факультетская терапия
		О	А	ограничить употребление белка животного происхождения		
		О	Б	ограничить употребление воды		
		О	В	увеличить употребление белка животного происхождения		
		О	Г	увеличить употребление воды		
1099	ПК-7	В		ПОКАЗАНИЕМ К СОСУДИСТОМУ ШВУ ЯВЛЯЕТСЯ	Б	Факультетская хирургия
		О	А	ранение большой подкожной вены бедра		
		О	Б	ранение бедренной артерии		

		О	В	паренхиматозное кровотечение		
		О	Г	капиллярное кровотечение		
1100	ПК-7	В		ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ СКЛЕРОТЕРАПИИ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ЯВЛЯЕТСЯ	Г	Факультетская хирургия
		О	А	рассыпной тип поражения		
		О	Б	наличие варикозных узлов		
		О	В	рецидив после оперативного лечения		
		О	Г	непроходимость глубоких вен		
1101	ПК-7	В		КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ	В	Факультетская терапия
		О	А	гемоглобина		
		О	Б	эритроцитов		
		О	В	ретикулоцитов		
		О	Г	гематокрита		
1102	ПК-7	В		В СЛУЧАЯХ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МИЛИАРНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В СОЧЕТАНИИ С	В	Фтизиатрия
		О	А	глюкокортикоидами		
		О	Б	туберкулином		
		О	В	антибиотиками широкого спектра действия		
		О	Г	иммуномодуляторами		
1103	ПК-7	В		ПРЕПАРАТОМ I РЯДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ	Б	Фтизиатрия
		О	А	канамицин		
		О	Б	тубазид (изониазид)		
		О	В	циклосерин		
		О	Г	этионамид		

1104	ПК-8	В		КОНТРОЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО	Г	Клиническая фармакология
		О	А	уровню С-пептида		
		О	Б	вариабельности гликемии		
		О	В	уровню инсулинорезистентности		
		О	Г	гликозилированному гемоглобину		
1105	ПК-8	В		ПРИ ПРОДОЛЖЕНИИ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ БОЛЕЕ 24 Ч ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ	Г	Клиническая фармакология
		О	А	повышается		
		О	Б	повышается, но увеличивается риск аллергических реакций		
		О	В	повышается, но увеличивается риск осложнений антибиотикоосложнений		
		О	Г	не повышается		
1106	ПК-8	В		КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОЙ ДОЗЫ ЛАКТУЛОЗЫ ПРИ ПРОФИЛАКТИКЕ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ _____ СТУЛ _____ раз/сут	Б	Клиническая фармакология
		О	А	оформленный 1		
		О	Б	мягкий кашицеобразный 2-3		
		О	В	жидкий 4-5		
		О	Г	жидкий 5-6		
1107	ПК-8	В		ОСТРАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ ВИТАМИНОМ D РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ	В	Клиническая фармакология
		О	А	длительном приеме (более 6 недель)		
		О	Б	однократной передозировке		
		О	В	приеме больших доз кратковременно (2-3 недели)		
		О	Г	длительном нахождении на солнце		

1108	ПК-8	В		НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ (ДОЗОЗАВИСИМО) ЯВЛЯЕТСЯ	В	Клиническая фармакология
		О	А	тетрациклин		
		О	Б	левомицетин		
		О	В	парацетамол		
		О	Г	пироксикам		
1109	ПК-8	В		ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИМЕНЕНИИ ВЫЗЫВАЕТ ДИФфуЗНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ	Б	Клиническая фармакология
		О	А	дигоксин		
		О	Б	амиодарон		
		О	В	стрептомицин		
		О	Г	гептрал		
1110	ПК-8	В		ДЛЯ ФТОРХИНОЛОНОВ ХАРАКТЕРНЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ЯВЛЯЕТСЯ	Б	Клиническая фармакология
		О	А	нефротоксичность		
		О	Б	нарушение развития хрящевой ткани		
		О	В	гематотоксичность		
		О	Г	ототоксичность		
1111	ПК-8	В		ПРИ НЕДОСТАТОЧНОМ ГИПОТЕНЗИВНОМ ЭФФЕКТЕ МОНОТЕРАПИИ ИНГИБИТОРОМ АПФ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ДОБАВИТЬ ДИУРЕТИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ	Г	Клиническая фармакология
		О	А	фуросемид		
		О	Б	триамтерен		
		О	В	верошпирон		
		О	Г	гипотиазид		
1112	ПК-8	В		БЕТА-БЛОКАТОРЫ АБСОЛЮТНО ПРОТИВОПОКАЗАНЫ ПРИ	Б	Клиническая фармакология

		О	А	пароксизме наджелудочковой тахикардии		
		О	Б	АV-блокаде II степени		
		О	В	ЧСС более 90 в 1 мин		
		О	Г	систолическом АД более 180 мм рт. ст.		
1113	ПК-8	В		ДЛИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДАМИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К СИНДРОМУ	В	Клиническая фармакология
		О	А	Дресслера		
		О	Б	Стилла		
		О	В	Иценко-Кушинга		
		О	Г	желтухи		
1114	ПК-8	В		ПРИМЕНЕНИЕ КЛАВУЛАНОВОЙ КИСЛОТЫ В СОЧЕТАНИИ С АМОКСИЦИЛЛИНОМ ПОЗВОЛЯЕТ	В	Клиническая фармакология
		О	А	сократить частоту приема амоксициллина		
		О	Б	снизить токсичность амоксициллина		
		О	В	расширить спектр действия амоксициллина на штаммы бактерий производящих бета-лактамазу		
		О	Г	увеличить проникновение амоксициллина в плаценту и костную ткань		
1115	ПК-8	В		32-Я НЕДЕЛЯ ГЕСТАЦИИ БОЛЬНОЙ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ ПОВОДОМ ДЛЯ ОТМЕНЫ	Г	Клиническая фармакология
		О	А	сульфасалазина		
		О	Б	преднизолона		
		О	В	плаквенила		
		О	Г	диклофенака		
1116	ПК-8	В		АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ МЕРКАЗОЛИЛА ЯВЛЯЕТСЯ	Б	Клиническая фармакология
		О	А	беременность		

		О	Б	агранулоцитоз		
		О	В	гиповолемия		
		О	Г	аллергические реакции на йодистые препараты		
1117	ПК-8	В		НЕФРОТОКСИЧНОСТЬЮ ОБЛАДАЮТ	Г	Клиническая фармакология
		О	А	β-блокаторы		
		О	Б	сердечные гликозиды		
		О	В	ингибиторы АПФ		
		О	Г	соли золота		
1118	ПК-8	В		ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ НПВС НАСТУПАЕТ ЧЕРЕЗ	Г	Клиническая фармакология
		О	А	15-20 мин		
		О	Б	5-6 часов		
		О	В	5-10 дней		
		О	Г	18-20 дней		
1119	ПК-8	В		ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ КАНДИДОЗ РОТОГЛОТКИ И	А	Клиническая фармакология
		О	А	дисфония		
		О	Б	стероидный диабет		
		О	В	язвы желудочно-кишечного тракта		
		О	Г	склонность к инфекциям носоглотки		
1120	ПК-8	В		АЛКОГОЛЬ ПРИ ОДНОКРАТНОМ ПРИЕМЕ БОЛЬШИХ ДОЗ ПРИВОДИТ К	А	Клиническая фармакология
		О	А	замедлению метаболизма в печени		
		О	Б	увеличению объема распределения лекарств		
		О	В	увеличению абсорбции лекарств		
		О	Г	снижению почечной экскреции		

1121	ПК-8	В		ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ОТМЕНЫ БЕТА-БЛОКАТОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ	Б	Клиническая фармакология
		О	А	урежение ЧСС менее 60 ударов в минуту		
		О	Б	развитие выраженной бронхообструкции у больного		
		О	В	развитие ортостатической гипотензии		
		О	Г	появление тошноты, склонности к запорам		
1122	ПК-9	В		БОЛЬНОМУ С ДИАГНОЗОМ: ИБС: СТЕНОКАРДИЯ ФК II ПРОТИВОПОКАЗАНО ЛЕЧЕНИЕ НА КУРОРТАХ	Г	Поликлиническая терапия
		О	А	климатических приморских		
		О	Б	климатических равнинных		
		О	В	климатических горных		
		О	Г	бальнеологических равнинных		
1123	ПК-9	В		ПРИ ТРАВМЕ ИЛИ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ОПЕРАЦИИ И БЛАГОПРИЯТНОМ МЕДИЦИНСКОМ ПРОГНОЗЕ БОЛЬНЫЕ НАПРАВЛЯЮТСЯ НА МСЭ НЕ ПОЗДНЕЕ _____ МЕС	В	Поликлиническая терапия
		О	А	2		
		О	Б	4		
		О	В	10		
		О	Г	12		
1124	ПК-9	В		САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В МЕСТНОМ КЛИМАТИЧЕСКОМ САНАТОРИИ НЕ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ	Г	Поликлиническая терапия
		О	А	хроническом вирусном гепатите с минимальной активностью		
		О	Б	циррозе печени с синдромом портальной гипертензии		
		О	В	циррозе печени без портальной гипертензии		
		О	Г	первичном билиарном циррозе		

1125	ПК-9	В		ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ	Г	Поликлиническая терапия
		О	А	врожденный порок сердца без ХСН		
		О	Б	ХОБЛ вне обострения		
		О	В	хронический гастрит вне обострения		
		О	Г	хронический лимфолейкоз в фазе ремиссии		
1126	ПК-9	В		БОЛЬНЫХ С ХОБЛ НЕ СЛЕДУЕТ НАПРАВЛЯТЬ НА КУРОРТЫ С	В	Поликлиническая терапия
		О	А	углекислыми водами		
		О	Б	хлоридно-натриевыми водами		
		О	В	сероводородными водами		
		О	Г	йодобромными водами		
1127	ПК-9	В		ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ВЯЗКОСТИ МОКРОТЫ И УСИЛЕНИЯ ЕЕ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА ПОКАЗАНЫ ПИТЬЕВЫЕ МИНЕРАЛЬНЫЕ ВОДЫ С НАЛИЧИЕМ ИОНОВ	Г	Поликлиническая терапия
		О	А	хлора		
		О	Б	кальция		
		О	В	магния		
		О	Г	гидрокарбоната		
1128	ПК-9	В		РАБОТАЮЩЕМУ ИНВАЛИДУ, В СЛУЧАЕ НАСТУПЛЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ	А	Поликлиническая терапия
		О	А	листок нетрудоспособности на весь срок ВН, но не более 4 мес		
		О	Б	листок нетрудоспособности на весь срок ВН, но не более 10 мес		
		О	В	справка ВК на весь срок ВН		
		О	Г	справка неустановленной формы на весь срок ВН		

1129	ПК-9	В		САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ	Г	Поликлиническая терапия
		О	А	стенокардии ФК II		
		О	Б	анемии железодефицитной легкой степени		
		О	В	гипертонической болезни II стадии		
		О	Г	эпилепсии		
1130	ПК-9	В		ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ УГЛЕКИСЛЫХ ВАНН ЯВЛЯЕТСЯ	Б	Медицинская реабилитация
		О	А	ожирение III степени		
		О	Б	гипертоническая болезнь II стадии		
		О	В	гипертиреоз		
		О	Г	перелом большеберцовой кости, стадия консолидации		
1131	ПК-9	В		ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ РАДОНОВЫХ ВАНН ЯВЛЯЕТСЯ	Б	Медицинская реабилитация
		О	А	ИБС: стенокардия напряжения I-II ФК		
		О	Б	лейкопения		
		О	В	вегетативная дисфункция		
		О	Г	гипертиреоз		
1132	ПК-9	В		БОЛЬНОМУ С ДИАГНОЗОМ ИБС: СТЕНОКАРДИИ ФК III, ХСН I МОЖЕТ БЫТЬ РЕКОМЕНДОВАНО САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ	Б	Медицинская реабилитация
		О	А	бальнеологическое		
		О	Б	климатическое		
		О	В	в местном климатическом санатории		
		О	Г	санаторно-курортное лечение противопоказано		
1133	ПК-9	В		ПО СНЯТИИ ГИПСОВОЙ ПОВЯЗКИ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА		Медицинская реабилитация

				ПРИМЕНЯЮТСЯ		
		О	А	пассивные физические упражнения		
		О	Б	активные физические упражнения		
		О	В	грязелечение		
		О	Г	водные процедуры		
1134	ПК-9	В		БОЛЬНОМУ С ДИАГНОЗОМ: БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ. ДН II. ХЛС, КОМПЕНСИРОВАННОЕ ПОКАЗАНО САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ	В	Поликлиническая терапия
		О	А	климатическое приморское		
		О	Б	климатическое равнин		
		О	В	в местном климатическом санатории		
		О	Г	санаторно-курортное лечение противопоказано		
1135	ПК-10	В		ПРАВО НА ВЫДАЧУ ДОКУМЕНТОВ, А УДОСТОВЕРЯЮЩИХ ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ, ИМЕЕТ ВРАЧ	А	Поликлиническая терапия
		О	А	терапевт участковый		
		О	Б	приемного отделения стационара		
		О	В	физиотерапевт		
		О	Г	функциональной диагностики		
1136	ПК-10	В		ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ ЕДИНОЛИЧНО ВЫДАЕТ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА СРОК ДО _____ ДНЕЙ	В	Поликлиническая терапия
		О	А	5		
		О	Б	10		
		О	В	15		
		О	Г	30		
1137	ПК-10	В		ЛИЦА, ПЕРЕНЕСШИЕ ОСТРЫЙ ТОНЗИЛИТ, ПОДЛЕЖАТ ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ В ТЕЧЕНИЕ	Б	Оториноларингология

		О	А	10 дней		
		О	Б	1 мес		
		О	В	3 мес		
		О	Г	6 мес		
1138	ПК-10	В		ПАЦИЕНТУ, ПРИЕХАВШЕМУ В ОЧЕРЕДНОЙ ОТПУСК ИЗ МИНСКА, СЛЕДУЕТ ВЫДАТЬ ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ	А	Поликлиническая терапия
		О	А	справку неустановленной формы		
		О	Б	листок нетрудоспособности		
		О	В	справку ВК		
		О	Г	справку установленной формы 095/у		
1139	ПК-10	В		ВРАЧ СТАЦИОНАРА ПРИ ВЫПИСКЕ БОЛЬНОГО МОЖЕТ ПРОДЛИТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА СРОК ДО _____ ДНЕЙ	Г	Поликлиническая терапия
		О	А	3		
		О	Б	5		
		О	В	7		
		О	Г	10		
1140	ПК-10	В		ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИИ В БЮРО МСЭ ИНВАЛИДНОСТЬ III И II ГРУПП УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА _____ ЛЕТ	А	Поликлиническая терапия
		О	А	1		
		О	Б	2		
		О	В	3		
		О	Г	5		
1141	ПК-10	В		НЕ ИМЕЮТ ПРАВА НА ВЫДАЧУ ДОКУМЕНТОВ, УДОСТОВЕРЯЮЩИХ ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ, ВРАЧИ	А	Поликлиническая терапия
		О	А	станции скорой медицинской помощи		

		О	Б	женской консультации		
		О	В	травматологического пункта		
		О	Г	кардиологического центра		
1142	ПК-10	В		ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ И ОЧЕВИДНОМ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ МЕДИЦИНСКОМ ПРОГНОЗЕ БОЛЬНЫЕ НАПРАВЛЯЮТСЯ НА МСЭ НЕ ПОЗДНЕЕ ____ МЕСЯЦЕВ	Б	Поликлиническая терапия
		О	А	2		
		О	Б	4		
		О	В	10		
		О	Г	12		
1143	ПК-10	В		СРЕДНИЕ СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ Q-НЕОБРАЗУЮЩЕМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА СОСТАВЛЯЮТ ____ МЕС	А	Поликлиническая терапия
		О	А	2-2,5		
		О	Б	3-3,5		
		О	В	до 4		
		О	Г	более 4		
1144	ПК-10	В		БОЛЬНОЙ ИМЕЕТ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ С 18.03 ПО 22.03. НА ПРИЕМ ПРИШЕЛ 25.03, ПРИЗНАН НЕТРУДОСПОСОБНЫМ. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ СЛЕДУЕТ	А	Поликлиническая терапия
		О	А	продлить с 23.03 до выздоровления, сделав отметку о нарушении режима 22.03		
		О	Б	продлить с 25.03 до выздоровления, сделав отметку о нарушении режима 22.03		
		О	В	продлить с 23.03 до выздоровления		
		О	Г	закрыть 22.03 выздоровлением, оформить новый с 25.03		
1145	ПК-	В		ЗА ПРОШЕДШИЕ ДНИ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ МОЖЕТ	Б	Поликлиническая

	10			БЫТЬ ВЫДАН В ИСКЛЮЧИТЕЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПО РЕШЕНИЮ		терапия
		О	А	лечащего врача		
		О	Б	врачебной комиссии		
		О	В	главного врача		
		О	Г	бюро МСЭ		
1146	ПК-10	В		ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ МОЖЕТ ВЫДАТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЕДИНОЛИЧНО НА _____ дней	Г	Поликилиническая терапия
		О	А	3		
		О	Б	5		
		О	В	10		
		О	Г	15		
1147	ПК-10	В		ВРАЧЕБНАЯ КОМИССИЯ (ВК) МОЖЕТ ПРОДЛИТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЕДИНОВРЕМЕННО МАКСИМАЛЬНО НА СРОК ДО _____ ДНЕЙ	В	Поликилиническая терапия
		О	А	5		
		О	Б	10		
		О	В	15		
		О	Г	30		
1148	ПК-10	В		ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ГРУППЫ ИНВАЛИДНОСТИ СРОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЗАВЕРШАЕТСЯ ДАТОЙ	Б	Поликилиническая терапия
		О	А	регистрации документов в бюро МСЭ		
		О	Б	направления на МСЭ		
		О	В	освидетельствования в бюро МСЭ		
		О	Г	оформления индивидуальной программы реабилитации		
1149	ПК-10	В		ВРАЧ СТАЦИОНАРА ПРИ ВЫПИСКЕ БОЛЬНОГО МОЖЕТ ПРОДЛИТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ	Г	Поликлиническая терапия

				НА		
		О	А	1 день		
		О	Б	3 дня		
		О	В	10 дней		
		О	Г	продление листка нетрудоспособности свыше дней пребывания в стационаре не проводится		
1150	ПК-10	В		ПО УХОДУ ЗА ВЗРОСЛЫМ И ПОДРОСТКОМ СТАРШЕ 15 ЛЕТ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ МОЖЕТ БЫТЬ ПРОДЛЕН ВК НА СРОК НЕ БОЛЕЕ _____ ДНЕЙ	В	Поликлиническая терапия
		О	А	3		
		О	Б	5		
		О	В	7		
		О	Г	10		
1151	ПК-10	В		ИНВАЛИДНОСТЬ I ГРУППЫ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИИ В БЮРО МСЭ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА _____ ЛЕТ	Б	Поликлиническая терапия
		О	А	1		
		О	Б	2		
		О	В	3		
		О	Г	5		
1152	ПК-10	В		КРАТКОВРЕМЕННЫМ СЧИТАЮТ РАССТРОЙСТВО ЗДОРОВЬЯ, НЕПОСРЕДСТВЕННО СВЯЗАННОЕ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ, ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ ДО _____ ДНЕЙ	А	Поликлиническая терапия
		О	А	6		
		О	Б	10		
		О	В	14		
		О	Г	21		

1153	ПК-10	В		АМБУЛАТОРНЫЙ ХИРУРГ ИМЕЕТ ПРАВО ВЫДАТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЕДИНОВРЕМЕННО НА СРОК ДО _____ КАЛЕНДАРНЫХ ДНЕЙ	Г	Поликлиническая терапия
		О	А	3		
		О	Б	5		
		О	В	10		
		О	Г	15		
1154	ПК-10	В		НАРУШЕНИЕМ ЭКСПЕРТНОГО РЕЖИМА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ	Г	Поликлиническая терапия
		О	А	несвоевременная явка на прием к врачу		
		О	Б	выход на работу без выписки врачом		
		О	В	отказ от направления в учреждение МСЭ		
		О	Г	курение в медицинском учреждении		
1155	ПК-10	В		ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ МЕДИЦИНСКОМ ПРОГНОЗЕ И ОТКАЗЕ БОЛЬНОГО ОТ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ НА МСЭ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ	В	Поликлиническая терапия
		О	А	закрывается и пациент выписывается к труду		
		О	Б	может быть продлен до 10 месяцев		
		О	В	не продлевается и закрывается датой отказа		
		О	Г	не продлевается и не закрывается с даты отказа		
1156	ПК-10	В		СРЕДНИЕ СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ Q-ОБРАЗУЮЩЕМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА СОСТАВЛЯЮТ _____ МЕС	А	Поликлиническая терапия
		О	А	2,5-3		
		О	Б	3-3,5		
		О	В	до 4		
		О	Г	более 4		

1157	ПК-10	В		НЕ ИМЕЮТ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ ЛИСТКОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ	Б	Поликилиническая терапия
		О	А	работающие по трудовым договорам		
		О	Б	работающие по контракту		
		О	В	работающие по гражданско-правовым договора подряда, поручения		
		О	Г	безработные, состоящие на учете в органах труда и занятости		
1158	ПК-10	В		ПРИ НАЛИЧИИ ДН I В МЕЖПРИСТУПНЫЙ ПЕРИОД БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРОТИВОПОКАЗАН	В	Поликлиническая терапия
		О	А	труд с высоким психоэмоциональным напряжением		
		О	Б	физический труд тяжелый и средней степени тяжести		
		О	В	тяжелый физический труд		
		О	Г	любой физический труд		
1159	ПК-10	В		РАБОТАЮЩЕМУ ИНВАЛИДУ, НАПРАВЛЕННОМУ В ЦЕНТР РЕАБИЛИТАЦИИ, ВЫДАЕТСЯ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА	Б	Поликлиническая терапия
		О	А	весь срок лечения		
		О	Б	весь срок лечения и дни проезда		
		О	В	недостающие к отпуску дни		
		О	Г	дни проезда		
1160	ПК-10	В		ИНОСТРАННЫМ ГРАЖДАНАМ, РАБОТАЮЩИМ ПО ТРУДОВЫМ ДОГОВОРАМ НА ПРЕДПРИЯТИЯХ РФ, В СЛУЧАЕ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ	А	Поликлиническая терапия
		О	А	листок нетрудоспособности		
		О	Б	справка установленной формы 095/у		
		О	В	справка произвольной формы		
		О	Г	справка ВК		

1161	ПК-10	В		ПАЦИЕНТ С ВЫРАЖЕННЫМ НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ИМЕЕТ ПРИЗНАКИ ИНВАЛИДНОСТИ	Б	Поликилиническая терапия
		О	А	III группы		
		О	Б	II группы		
		О	В	I группы		
		О	Г	нуждается в трудоустройстве через ВК		
1162	ПК-11	В		У ЛИЦ С ПОВЫШЕННЫМ РИСКОМ ЗАБОЛЕВАНИЯ РАКОМ ЖЕЛУДКА СЛЕДУЕТ ЕЖЕГОДНО ПРОВОДИТЬ	А	Поликлиническая терапия
		О	А	эндоскопическое исследование желудка		
		О	Б	рентгенологическое исследование желудка		
		О	В	исследование желудочной секреции		
		О	Г	исследование кала на скрытую кровь		
1163	ПК-11	В		ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ СЧИТАЕТСЯ ЭФФЕКТИВНОЙ, ЕСЛИ	А	Поликлиническая терапия
		О	А	уровень смертности на участке уменьшился на 5%		
		О	Б	в течение года состояние больных осталось без перемен		
		О	В	впервые возникшие заболевания были выявлены более чем у 20% ранее здоровых людей		
		О	Г	уменьшилось общее количество дней временной нетрудоспособности		
1164	ПК-11	В		У БОЛЬНЫХ ЦИРРОТИЧЕСКИМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЧАЩЕ ДРУГИХ СИМПТОМОВ НАБЛЮДАЮТ	В	Фтизиатрия
		О	А	повышение температуры тела		
		О	Б	«лающий» кашель		
		О	В	одышку		
		О	Г	кахексию		

1165	ПК-11	В		БЛАГОПРИЯТНЫЙ ИСХОД ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ГРАНУЛЕМЫ	А	Фтизиатрия
		О	А	рубцевание		
		О	Б	геморрагическая инфильтрация		
		О	В	гнилостное разложение		
		О	Г	нагноение		
1166	ПК-11	В		КЛИНИЧЕСКИ МАЛОСИМПТОМНО И БЕЗ ФИЗИКАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРОТЕКАЕТ ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ	А	Фтизиатрия
		О	А	очаговый		
		О	Б	инфильтративный		
		О	В	диссеминированный		
		О	Г	фиброзно-кавернозный		
1167	ПК-11	В		МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ С УЧЕТОМ АНАМНЕЗА ДОЛЖНЫ БЫТЬ ВАКЦИНИРОВАНЫ ПРОТИВ КОРИ, ГРИППА И	Г	Эпидемиология
		О	А	брюшного тифа, полиомиелита		
		О	Б	папилломавирусной инфекции, краснухи		
		О	В	краснухи, пневмококковой инфекции		
		О	Г	вирусного гепатита В, дифтерии		
1168	ПК-11	В		СКРИНИНГ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ПРЕДПОЛАГАЕТ ПРОВЕДЕНИЕ	Г	Акушерство и гинекология
		О	А	кольпоскопии		
		О	Б	цитологического исследования		
		О	В	цитологического исследования с последующей кольпоскопией		
		О	Г	цитологического исследования у женщин 21-30 лет, ко-тестирования (ВПЧ-тестирование с последующим цитологическим исследованием у женщин 30-65 лет)		
1169	ПК-12	В		ДЛЯ ПАССИВНОЙ ИММУНИЗАЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ	Г	Инфекционные болезни

		О	А	вакцины, бактериофаг		
		О	Б	вакцины, анатоксины		
		О	В	иммунные сыворотки, вакцины		
		О	Г	специфические иммунные сыворотки, иммуноглобулины		
1170	ПК-12	В		В РОССИИ МЕТОДОМ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ	Г	Фтизиатрия
		О	А	иммуноферментный анализ		
		О	Б	исследование мокроты на МБТ		
		О	В	флюорография		
		О	Г	иммунодиагностика		
1171	ПК-12	В		ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ И БЛАГОПРИЯТНОМ МЕДИЦИНСКОМ ПРОГНОЗЕ БОЛЬНЫЕ НАПРАВЛЯЮТСЯ НА МСЭ НЕ ПОЗДНЕЕ _____ МЕС	Г	Фтизиатрия
		О	А	2		
		О	Б	4		
		О	В	10		
		О	Г	12		
1172	ПК-12	В		ОСНОВНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ПРОФИЛАКТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА	А	Фтизиатрия
		О	А	социальные мероприятия		
		О	Б	оздоровительная работа в очаге туберкулезной инфекции		
		О	В	противотуберкулезные прививки		
		О	Г	химиопрофилактика		
1173	ПК-12	В		РЕВАКЦИНАЦИЯ БЦЖ ПРОВОДИТСЯ В ВОЗРАСТЕ _____ ЛЕТ	В	Фтизиатрия
		О	А	2		
		О	Б	5		

		О	В	7		
		О	Г	10		
1174	ПК-12	В		ОЧИЩЕННЫЙ ТУБЕРКУЛИН (РРД) СОДЕРЖИТ	Б	Фтизиатрия
		О	А	живые ослабленные микобактерии туберкулеза человеческого и бычьего видов		
		О	Б	смесь убитых фильтратов культуры микобактерии человеческого и бычьего видов		
		О	В	убитые микобактерии человеческого и бычьего видов		
		О	Г	продукты жизнедеятельности микобактерии туберкулеза человеческого и птичьего видов		
1175	ПК-12	В		ВЕДУЩЕЕ МЕРОПРИЯТИЕ В ОЧАГЕ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ	Б	Фтизиатрия
		О	А	дезинфекция		
		О	Б	изоляция больного открытой формой туберкулеза		
		О	В	соблюдение больным правил личной гигиены		
		О	Г	прививки БЦЖ		
1176	ПК-12	В		ВАКЦИНА БЦЖ ОТНОСИТСЯ К ТИПУ	Г	Фтизиатрия
		О	А	химических		Фтизиатрия
		О	Б	синтетических		
		О	В	инактивированных корпускулярных		
		О	Г	живых аттенуированных		
1177	ПК-12	В		ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЕМ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У ПАЦИЕНТА КАВЕРНЫ ЛЕГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ	Г	Фтизиатрия
		О	А	назначение бактериофага контактными лицам		
		О	Б	назначение интерферона контактными		

				лицам		
		О	В	вакцинация не болевших и не привитых контактных лиц		
		О	Г	изоляция заболевшего		
1178	ПК-12	В		К ОСЛОЖНЕНИЯМ ВАКЦИНАЦИИ БЦЖ ОТНОСИТСЯ	Б	Фтизиатрия
		О	А	поверхностная язва до 10 мм		
		О	Б	подкожный абсцесс		
		О	В	пустула 5мм		
		О	Г	папула 8 мм		
1179	ПК-12	В		ДЛЯ ПАССИВНОЙ ИММУНИЗАЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ	Г	Инфекционные болезни
		О	А	вакцины, бактериофаг		
		О	Б	вакцины, анатоксины		
		О	В	иммунные сыворотки, вакцины		
		О	Г	специфические иммунные сыворотки, иммуноглобулины		
1180	ПК-12	В		ОЧАГ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ I ГРУППЫ	Г	Фтизиатрия
		О	А	удовлетворительные условия жизни		
		О	Б	отсутствие детей и подростков		
		О	В	соблюдение больным эпидрежима		
		О	Г	наличие микобактерий туберкулеза в мокроте		
1181	ПК-12	В		ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЕМ В ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У ПАЦИЕНТА ГАЗОВОЙ ГАНГРЕНЫ ЯВЛЯЕТСЯ	А	Эпидемиология
		О	А	изоляция больного		
		О	Б	изоляция контактных лиц		
		О	В	назначение антибиотика контактным лицам		

		О	Г	вакцинация не болевших и не привитых контактных лиц		
1182	ПК-12	В		К ЗАНОСУ ИНФЕКЦИИ В МЕДИЦИНСКУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ ОТНОСИТСЯ СЛУЧАЙ	В	Эпидемиология
		О	А	синегнойной инфекции области хирургического вмешательства, диагностированной у пациента через 7 дней после операции		
		О	Б	пневмонии у пациента отделения реанимации и интенсивной терапии, присоединившейся через 72 ч после искусственной вентиляции легких		
		О	В	острого вирусного гепатита В, диагностированного через три дня после поступления пациента в отделение кишечных инфекций		
		О	Г	инфекции мочевыводящих путей, присоединившейся через 1 сутки после катетеризации мочевого пузыря		
1183	ПК-12	В		КОМПЛЕКС ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА 1-Е ЗВЕНО ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ВКЛЮЧАЕТ	Г	Эпидемиология
		О	А	дезинфекция, дезинсекция, дератизация в очаге		
		О	Б	дезинфекция в очаге, регистрация контактных, иммунопрофилактика контактных		
		О	В	регистрация контактных, медицинское наблюдение, иммунопрофилактика		
		О	Г	выявление источников, их регистрация, госпитализация (изоляция)		
1184	ПК-12	В		К ИНФЕКЦИИ, СВЯЗАННОЙ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОТНОСИТСЯ СЛУЧАЙ	А	Эпидемиология
		О	А	поствентиляционной пневмонии, присоединившейся у пациента через 48 ч после госпитализации в реанимационное отделение		
		О	Б	острой левосторонней пневмонии, диагностированной у пациентки через три недели после выписки из терапевтического отделения		

		О	В	туберкулеза у пациента, диагностированного через три недели после фибробронхоскопии		
		О	Г	сальмонеллеза, клиника которого появилась у ребенка через 3 ч после госпитализации в отделение интенсивной терапии		
1185	ПК-12	В		СТАНДАРТНЫЕ МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ	Г	Эпидемиология
		О	А	создания безмикробной среды в стерильной зоне		
		О	Б	изоляции пациента с инфекционным заболеванием		
		О	В	предупреждения контаминации дезинфицирующих растворов		
		О	Г	снижения риска передачи микроорганизмов от известных и неизвестных источников инфекции		
1186	ПК-12	В		ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ОРГАНИЗАЦИЮ И ПРОВЕДЕНИЯ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ И САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В ЛПУ ВОЗЛАГАЕТСЯ НА	В	Эпидемиология
		О	А	врача дезинфекционного отдела ГСЭН		
		О	Б	главную медицинскую сестру ЛПУ		
		О	В	главного врача ЛПУ		
		О	Г	врача эпидемиолога		
1187	ПК-12	В		УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫЙ ИСТОЧНИК ИНФЕКЦИИ В РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ	Б	Эпидемиология
		О	А	посетители		
		О	Б	медицинские работники		
		О	В	пациенты		
		О	Г	недостаточно тщательная обработка медицинскими работниками глаз новорожденного, остатка пуповины		
1188	ПК-	В		ПАРОВЫЕ КАМЕРЫ ПРИМЕНЯЮТ	А	Эпидемиология

	12			ДЛЯ		
		О	А	дезинсекции		
		О	Б	дезинфекции		
		О	В	дератизации		
		О	Г	стерилизации		
1189	ПК-12	В	095	ДЛЯ ОБРАБОТКИ ПЛОХО ПРОВЕТРИВАЕМОГО ПОМЕЩЕНИЯ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ	Г	Эпидемиология
		О	А	хлорную известь		
		О	Б	хлорамин		
		О	В	лизол		
		О	Г	перекись водорода		
1190	ПК-12	В		АКУШЕРСКИЙ СТАЦИОНАР (ОТДЕЛЕНИЕ) ДОЛЖЕН ЗАКРЫВАТЬСЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПЛАНОВОЙ ДЕЗИНФЕКЦИИ	Б	Эпидемиология
		О	А	не менее двух раз в год		
		О	Б	не менее одного раза в год		
		О	В	не реже одного раза в 18 месяцев		
		О	Г	с периодичностью, определяемой врачом-эпидемиологом медицинской организации		
1191	ПК-12	В		В СЛУЧАЕ ИНФИЦИРОВАНИЯ ИЛИ КОЛОНИЗИРОВАНИЯ ОДНИМ И ТЕМ ЖЕ ВОЗБУДИТЕЛЕМ, ДОПУСКАЕТСЯ ИЗОЛЯЦИЯ ПАЦИЕНТОВ	А	Эпидемиология
		О	А	когортная		
		О	Б	барьерная		
		О	В	контактная		
		О	Г	функциональная		
1192	ПК-12	В		ТИПИЧНЫЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	Г	Эпидемиология

		О	А	<u>Burkholderia mallei</u>		
		О	Б	<i>Pseudomonas syringae</i>		
		О	В	<i>Erwinia atroseptica</i>		
		О	Г	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>		
1193	ПК-12	В		ИЗОЛЯЦИИ В БОКСЫ ПОДЛЕЖАТ ПАЦИЕНТЫ, ИНФИЦИРОВАННЫЕ	Г	Эпидемиология
		О	А	нетоксигенными штаммами <i>Corinebacterium diptheriae</i>		
		О	Б	вирусом клещевого энцефалита		
		О	В	вирусом гепатита С		
		О	Г	метициллинрезистентными штаммами <i>Staphylococcus aureus</i>		
1194	ПК-12	В		ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ДЕЗИНФЕКЦИЯ ПОКАЗАНА В СИТУАЦИИ	Г	Эпидемиология
		О	А	общезитие, из которого госпитализирован больной дизентерией		
		О	Б	хирургическое отделения, из которого больной гепатитом С переведен в инфекционную больницу		
		О	В	детский сад, где выявлен больной вирусным гепатитом А		
		О	Г	казарма, в которой предстоит разместить воинскую часть		
1195	ПК-13	В		КАКИЕ СВЕДЕНИЯ, СОДЕРЖАЩИЕСЯ В МЕДИЦИНСКОМ ДОКУМЕНТЕ, ОБОСНОВЫВАЮТ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ	В	Поликлиническая терапия
		О	А	паспортные данные		
		О	Б	специализация врача		
		О	В	эпикризы		
		О	Г	результаты инструментальных исследований		
1196	ПК-13	В		К ПЕРВИЧНОЙ АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ ОТНОСИТСЯ	Б	Поликлиническая терапия

		О	А	рецепт ф.148/у		
		О	Б	медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях ф.025/у		
		О	В	справка для получения путевки ф.070/у		
		О	Г	контрольная карта диспансерного наблюдения ф.030/у		
1197	ПК-13	В		ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ ТРУДОСПОСОБНОСТИ БОЛЬНОГО ВО ВРЕМЯ ЛЕЧЕНИЯ В СТАЦИОНАРЕ, ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЗАКРЫВАЮТ	Б	Поликлиническая терапия
		О	А	днем обращения больного к врачу в поликлинику		
		О	Б	днем выписки из стационара		
		О	В	через 3 дня после выписки из стационара		
		О	Г	вопрос решается индивидуально		
1198	ПК-13	В		ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА ПОДРОСТКОМ СТАРШЕ 15 ЛЕТ И ВЗРОСЛЫМ МОЖЕТ БЫТЬ ПРОДЛЕН ВК ДО ____ ДНЕЙ	В	Поликлиническая терапия
		О	А	3		
		О	Б	5		
		О	В	7		
		О	Г	10		
1199	ПК-13	В		В СЛУЧАЕ УТРАТЫ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ДУБЛИКАТ	Г	Поликлиническая терапия
		О	А	выдается лечащим врачом с восстановлением всех записей в листке нетрудоспособности		
		О	Б	выдается лечащим врачом с указанием одной строкой всех дней ВН		
		О	В	выдается ВК с восстановлением всех записей в листке нетрудоспособности		
		О	Г	выдается ВК с указанием одной		

				строкой всех дней ВН		
1200	ПК-13	В		ЛИЦАМ, ПРОХОДЯЩИМ ПО РЕШЕНИЮ СУДА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКУЮ ЭКСПЕРТИЗУ И ПРИЗНАННЫМ НЕТРУДОСПОСОБНЫМИ, ВЫДАЕТСЯ	Б	Поликлиническая терапия
		О	А	листок нетрудоспособности со дня направления на экспертизу		
		О	Б	листок нетрудоспособности со дня установления ВН		
		О	В	листок нетрудоспособности со дня окончания экспертизы		
		О	Г	документы о ВН не выдаются		
1201	ПК-13	В		ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НЕ ВЫДАЕТСЯ	Г	Поликлиническая терапия
		О	А	лицам, самостоятельно обращающимся за консультацией		
		О	Б	проходящим обследование и лечение по направлению военкомата		
		О	В	проходящим периодический медицинский осмотр		
		О	Г	во всех перечисленных случаях		
1202	ПК-13	В		В СЛУЧАЕ УТРАТЫ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ (СПРАВКИ № 095-У) ДУБЛИКАТ	Г	Поликлиническая терапия
		О	А	выдается лечащим врачом с восстановлением всех записей		
		О	Б	выдается ВК с восстановлением всех записей		
		О	В	выдается лечащим врачом, одной строкой включаются все дни ВН		
		О	Г	выдается ВК, одной строкой включаются все дни ВН		
1203	ПК-13	В		ЛИЦАМ, САМОСТОЯТЕЛЬНО ОБРАЩАЮЩИМСЯ НА КОНСУЛЬТАЦИЮ, ВЫДАЕТСЯ	Г	Поликлиническая терапия

		О	А	листок нетрудоспособности		
		О	Б	справка установленной формы		
		О	В	справка неустановленной формы		
		О	Г	документы о ВН не выдаются		
1204	ПК-14	В		ОСНОВНЫМИ ГРУППАМИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ ЯВЛЯЮТСЯ	В	Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения
		О	А	демографические показатели, показатели естественного движения населения, заболеваемости, инвалидности, физического развития		
		О	Б	демографические показатели, показатели естественного движения населения, заболеваемости		
		О	В	демографические показатели, показатели заболеваемости, инвалидности, физического развития		
		О	Г	показатели заболеваемости, физического развития, инвалидности, естественного движения населения		
1205	ПК-14	В		В СТРУКТУРЕ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ ПЕРВЫЕ ТРИ МЕСТА ЗАНИМАЮТ	Б	Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения
		О	А	новообразования; травмы и отравления; болезни органов дыхания		
		О	Б	болезни системы кровообращения; новообразования; травмы и отравления		
		О	В	инфекционные и паразитарные заболевания; болезни системы пищеварения; психические заболевания		
		О	Г	болезни органов дыхания, кровообращения, костно-мышечной системы		
1206	ПК-14	В	096	МЛАДЕНЧЕСКАЯ СМЕРТНОСТЬ – ЭТО СМЕРТНОСТЬ СРЕДИ ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ПЕРВОГО _____ ЖИЗНИ	В	Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения

		О	А	суток		
		О	Б	неделе		
		О	В	года		
		О	Г	месяца		
1207	ПК-14	В		СТРУКТУРНЫМ КОМПОНЕНТОМ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПЕРИОДОВ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ СМЕРНОСТЬ	А	Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения
		О	А	ранняя неонатальная		
		О	Б	антенатальная		
		О	В	интранатальная		
		О	Г	перинатальная		
1208	ПК-14	В		ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ – ЭТО СОВОКУПНОСТЬ	Г	Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения
		О	А	обращений за медицинской помощью в календарном году		
		О	Б	хронических заболеваний, зарегистрированных в календарном году среди определенной группы населения		
		О	В	заболеваний (острых и хронических), зарегистрированных в календарном году среди определенной группы населения		
		О	Г	заболеваний, впервые зарегистрированных в календарном году среди определенной группы населения		
1209	ПК-14	В		К ЕДИНОВРЕМЕННОМУ СТАТИСТИЧЕСКОМУ НАБЛЮДЕНИЮ ОТНОСИТСЯ	А	Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения
		О	А	перепись населения		

		О	Б	регистрация рождений		
		О	В	регистрация заболеваний		
		О	Г	регистрация численности и состава больных в стационаре на определенную дату		
1210	ПК-14	В		ОБЩИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ РОЖДАЕМОСТИ РАССЧИТЫВАЕТСЯ КАК ЧИСЛО РОДИВШИХСЯ ЖИВЫМИ УМНОЖЕННОЕ НА	Г	Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения
		О	А	1000 / численность взрослого населения		
		О	Б	10000 / численность взрослого населения		
		О	В	1000 / численность женщин детородного возраста		
		О	Г	1000 /средняя численность населения		
1211	ПК-14	В		ДОКАЗАТЬ ВЛИЯНИЕ ФАКТОРНОГО ПРИЗНАКА НА РЕЗУЛЬТАТИВНЫЙ МОЖНО МЕТОДАМИ	В	Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения
		О	А	стандартизации		
		О	Б	определения доверительных границ		
		О	В	корреляции		
		О	Г	оценки достоверности разности результатов исследования		
1212	ПК-14	В		МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ СТАНДАРТ - ЭТО	Б	Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения
		О	А	упорядоченная последовательность лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий для каждого заболевания		
		О	Б	формализованная программа действия врача по ведению пациента в сочетании со стоимостью медицинских услуг		

		О	В	набор лечебно-диагностических манипуляций для каждого заболевания		
		О	Г	финансовый документ для оплаты медицинской помощи		
1213	ПК-14	В		ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА НАПРАВЛЕНА НА	А	Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения
		О	А	предупреждение рецидивов и прогрессирования заболеваний		
		О	Б	раннее выявление заболеваний и снижение частоты осложнений		
		О	В	реабилитацию инвалидов		
		О	Г	предупреждение развития заболеваний путем выявления и коррекции факторов риска		
1214	ПК-14	В		ПОКАЗАТЕЛЬ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ РАСЧИТЫВАЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ	Б	Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения
		О	А	(число женщин, умерших в родах) : (число родов)x100 000		
		О	Б	(число умерших беременных, рожениц, а также родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности) : (число детей, родившихся живыми) x 100 000		
		О	В	(число женщин, умерших во время беременности в сроке 28 недель и больше, в родах и в течение 2 недель послеродового периода) : (число родившихся живыми и мертвыми) x 100 000		
		О	Г	(число умерших беременных, независимо от срока беременности, рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности) : (число родившихся живыми и мертвыми) x 100 000		
1215	ПК-15	В		НА РУКИ ЗАСТРАХОВАННОМУ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	В	Общественное здоровье и здравоохранение, экономика

				ВЫДАЕТСЯ		здравоохранения
		О	А	справка о том, что он застрахован		
		О	Б	расписка страховой компании о возмещении расходов за лечение		
		О	В	медицинский страховой полис		
		О	Г	договор обязательного медицинского страхования		
1216	ПК-15	В		РАБОТУ СИСТЕМЫ ОМС ОБЕСПЕЧИВАЮТ СУБЪЕКТЫ – ЗАСТРАХОВАННЫЙ И	Г	Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения
		О	А	страхователь, страховщик		
		О	Б	страхователь, страховая медицинская организация		
		О	В	страхователь, страховщик, медицинская организация		
		О	Г	страхователь, страховщик, медицинская организация, фонд обязательного медицинского страхования		

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

ТЕРАПИЯ

Ситуационная задача № 1

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

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

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

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

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

При лабораторных исследованиях выявлены следующие данные:

1. Общий анализ крови: Нб 115 г/л, СОЭ 28 мм/час, эритроциты $3,7 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $3,5 \times 10^9$ /л, эозинофилы -2%, палочкоядерные нейтрофилы-1%, сегментоядерные нейтрофилы -44%, лимфоциты -47%, моноциты -6%.
2. Общий анализ мочи: уд. вес 1021, лейкоциты единичные в поле зрения, обнаружены желчные пигменты.
3. Биохимический анализ крови: общий белок 61 г/л, альбумины 43% (N более 55%), альфа2 – глобулины 14% (норма до 10,9%), общий билирубин 380 мкмоль/л, прямой билирубин 250 мкмоль/л, холестерин 5,1ммоль/л, АЛТ 1200 u/L, АСТ 940 u/L, ЩФ 178 u/L, ПТИ 52%, фибриноген 2,8 г/л, ГГТП 308 u/L.

Вопросы:

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

трудоспособность.

Ситуационная задача № 2

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

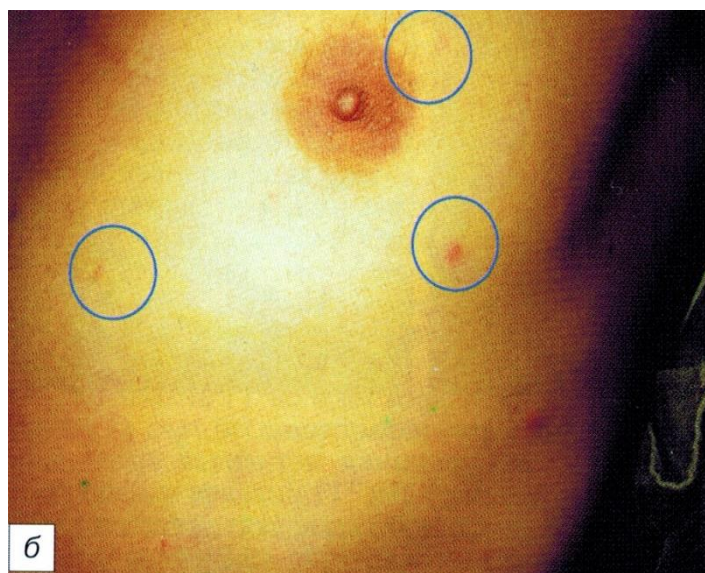
Больной А., 49 лет, частный предприниматель, заболел постепенно 1,5 недели назад. Заболевание началось с повышения температуры, головной боли разлитой и сильной, снижения аппетита. Температура постепенно нарастала, стала сопровождаться познабливанием, появились сухой кашель, затем вздутие живота и запоры.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

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

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

При лабораторных исследованиях получены следующие данные:

1. Общий анализ крови- СОЭ 20 мм/час, эритроциты $3,4 \times 10^{12}/л$, НЬ 122 г/л, лейкоциты $3,0 \times 10^9/л$, эозинофилы - 0%, палочкоядерные нейтрофилы -10%, сегментоядерные нейтрофилы -39%, лимфоциты -49%, м-2%.
2. Общий анализ мочи - уд вес 1023, белок 1,8 г/л, лейкоциты - единичные в препарате.
3. Биохимический анализ крови: общий белок 67 г/л, альбумины 43% (N более 55%), глобулины: альфа1 -4,7% (2,2 – 4,2) , альфа2- 9,3% (7,9 – 10,9), бета -14,0% (10,2 – 18,3), гамма -29,0% (17,6 – 25,4).
4. Посев крови на стерильность дважды - отрицательно.
5. Реакция Видalia - титр в день госпитализации 1:200, через 2 дня титр 1:800



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 3

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

Больной М., 19 лет 20.04 доставлен в приемное отделение инфекционной больницы с жалобами на лихорадку 39-40⁰С, головную боль, боль в горле, жидкий стул, сыпь на туловище и конечностях.

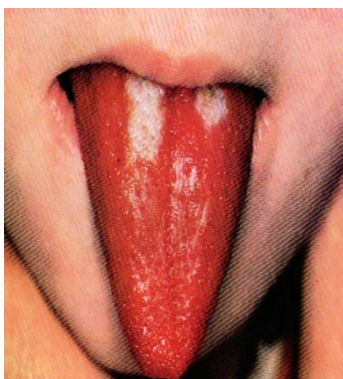
Анамнез заболевания: Заболел 5 дней назад, повышение температуры тела сопровождалось ознобом, головной болью, ломотой в мышцах и крупных суставах. На 2-й день была однократная рвота, жидкий стул без патологических примесей до 4-х раз в сутки, периодически беспокоят несильные боли в животе. Боль и першение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

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

Объективно: состояние средней степени тяжести. Температура тела 39,2⁰С. Лицо больного гиперемировано, одутловато, гиперемия и отечность ладоней и стоп. На коже туловища и конечностей – обильная розовая пятнисто-папулезная сыпь, сгущающаяся в естественных складках и вокруг суставов. Наблюдается гиперемия слизистой оболочки задней стенки глотки, небных миндалин, миндалины гипертрофированы до 1 степени, налетов нет. Язык ярко-красный, с гипертрофированными сосочками, без налета. Живот мягкий, умеренно болезненный в правой подвздошной области. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Менингеальные знаки отрицательны.

При лабораторных исследованиях получены следующие данные:

1. Общий анализ крови - СОЭ 25 мм/час, эритроциты $3,8 \times 10^{12}/л$, НЬ 142 г/л, лейкоциты $12,0 \times 10^9/л$, эозинофилы - 6%, п/я-11%, с/я-61%, лимфоциты -20%, моноциты -2%.
2. Посев кала: возбудители УПФ, дизентерии, тифо-, паратифов не выделены.
3. Биохимический анализ крови: общий белок 68 г/л, альбумины 57% (N более 55%), глобулины: альфа1-4,2% (2,2-4,2), альфа2 - 8,3% (7,9-10,9), гамма - 20,0% (17,6-25,4). Общий билирубин 17 мкмоль/л, АЛТ – 86 Ед/л, АСТ 44 Ед/л, ГГТ – 78 Ед/л.



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 4

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

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

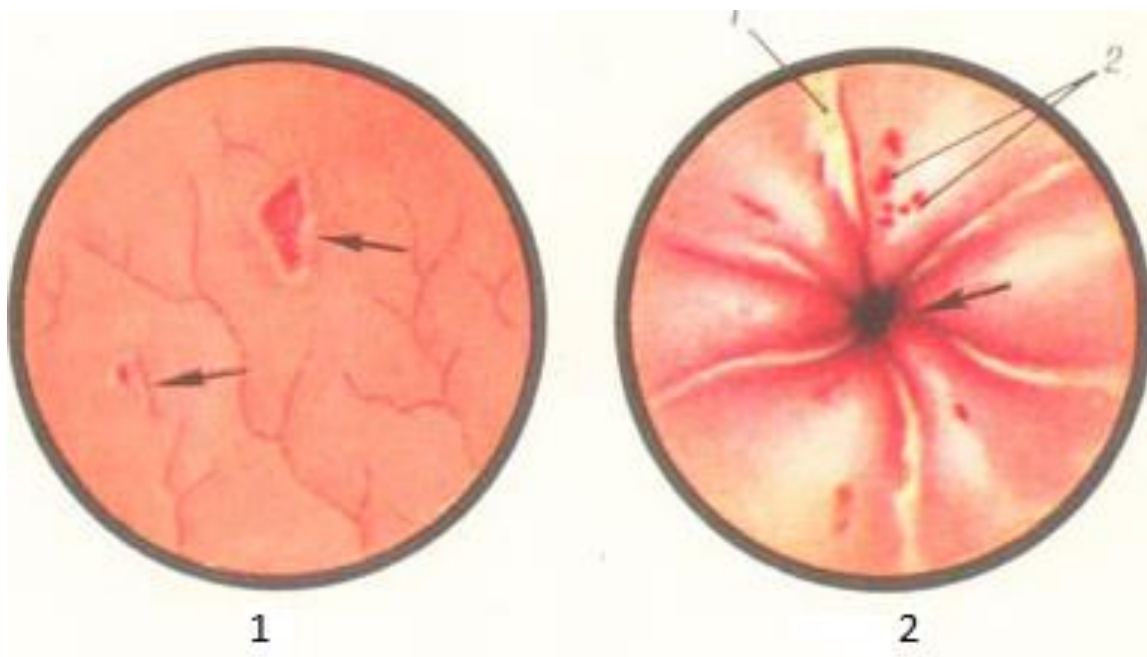
Объективно: пациент адинамичен, температура тела 39°C , кожные покровы бледные, сыпи нет. Тоны сердца приглушены, частотой 115 в минуту. Артериальное давление 100/50 мм рт. ст. Язык густо обложен белым налетом, суховат. Пальпация живота резко болезненная в левой подвздошной области, там же пальпируется спазмированная кишка. Перитонеальные знаки отрицательные. При осмотре перианальной области анус зияет, определяется выпячивающийся валик гиперемированной полнокровной слизистой с концентрическими складками. Определяется переход слизистой в кожу заднего прохода.

Из эпидемиологического анамнеза: за 2 дня до болезни был в кафе с другом, употреблял в пищу пирожки с мясной начинкой. У друга похожее заболевание.

При лабораторных исследованиях получены следующие данные:

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

На рисунке 1 отображена слизистая оболочка сигмовидной кишки. Стрелками указаны изменения. Какие это изменения? На рисунке 2 стрелкой отмечено заднепроходное отверстие. Цифрой 1 обозначено скопление гноя. Что обозначено цифрой 2 на фоне гиперемированной слизистой? Дайте заключение по результатам ректороманоскопии.



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 5

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

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

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

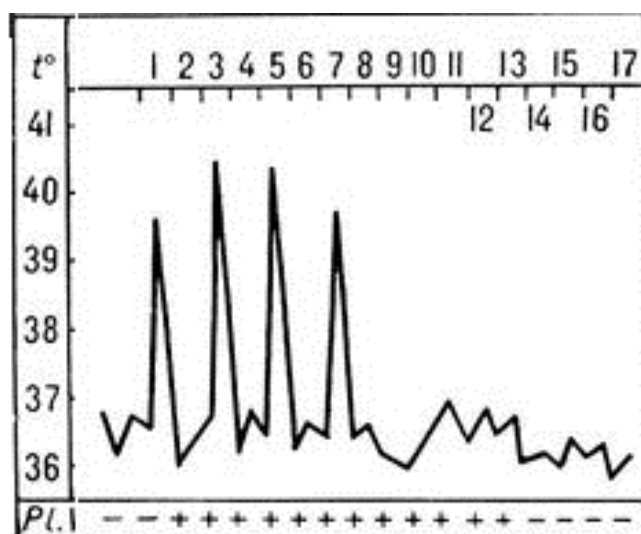
Объективно: при поступлении состояние средней тяжести. Кожные покровы и слизистые оболочки бледные. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. Пульс 86 удар в мин, удовлетворительного наполнения. АД 115/75 мм рт.ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3-4 см,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

При лабораторных и дополнительных исследованиях получены следующие данные:

1. Общий анализ крови: Hb-100 г/л, лейкоциты - $2,9 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилы - 0%, палочкоядерные нейтрофилы-12%, сегментоядерные нейтрофилы-31%, лимфоциты-34%, моноциты - 23%, СОЭ-33мм/ч.
2. Биохимический анализ крови: билирубин общий - 35 мкмоль/л; непрямой - 30 мкмоль/л.
3. Компьютерная томография брюшной полости. Какие изменения определяются на КТ?



4. Температурная кривая. Для каких заболеваний характерна подобная температурная кривая?



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 6

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

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

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

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

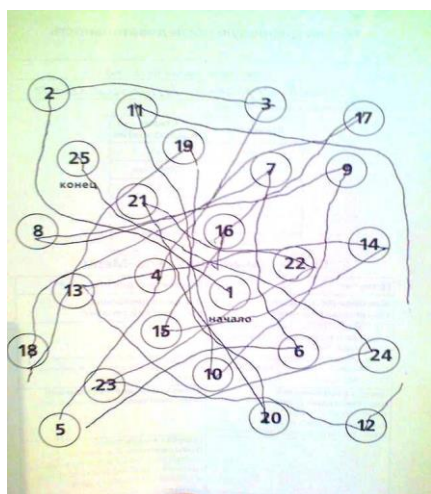
Объективно: сознание ясное, рост 180 см., вес 90 кг. ИМТ 27. Желтушность кожи и склер, сосудистые звёздочки на верхней половине тела, печёночные ладони. Выражены вены на передней и боковой поверхности живота, перкуторно небольшое количество жидкости в брюшной полости, пальпируется нижний полюс селезёнки.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

Дополнительные методы обследования:

1. Общий анализ крови: гемоглобин 65 г/л, эритроциты $2,4 \cdot 10^{12}/л.$, тромбоциты $52,8 \cdot 10^9/л.$, лейкоциты $3,0 \cdot 10^9/л.$, СОЭ 14 мм/ч.
2. Общий анализ мочи: удельный вес 1016. Обнаружены желчные пигменты.
3. Биохимический анализ крови: общий белок 81 г/л; альбумины 31,50 г/л, гамма-глобулины 39,9%; билирубин общий 63,3 мкмоль/л, связанный 42,2, свободный 21,1 мкмоль/л., глюкоза - 4,3 ммоль/л, общий холестерин 2,4 ммоль/л., АЛТ- 34,4 (норма 4-42 U/L); АСТ 72,3U/L (5-37 U/L); ЩФ 122 U/L (норма 64- 306 U/L), ГГТП 118 U/L (норма 7 - 64 U/L), ПТИ 59 %.
4. УЗИ печени: КВР правой доли печени 166 (норма до 150), левая 115 (норма до 70), контуры неровные, структура неоднородная. Площадь селезёнки 85см^2 . Воротная вена 16 мм. (норма до 13), селезёночная вена 12мм. (норма до 8). Свободная жидкость не определяется.
5. Маркеры вирусных гепатитов В, С, D отрицательные.
6. Выполнена ФЭГДС. Результаты представлены на снимке. Определите патологические изменения в пищеводе на представленной иллюстрации.



7. Проведён тест на цифровую последовательность. Оцените результат теста связи чисел.



Тест на цифровую последовательность

ИО _____

Дата _____ Время выполнения теста (сек) _____

Фамилия, имя, отчество (полностью) _____

Образец почерка (имя отчество) _____

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

Схема применения Гала-Мани

Вопросы:

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

Ситуационная задача № 7

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

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

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

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

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

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

1. Общий анализ крови: СОЭ 8 мм/ч, эритроциты $3,9 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $6,8 \times 10^9/л$, эозинофилы 5%, палочкоядерные нейтрофилы 0%, сегментоядерные нейтрофилы 72%, лимфоциты 21%, моноциты 2%.
2. Б/х крови: общий белок 68 г/л, альбумин 56%, глобулины: α_1 4, α_2 9, β 12, γ 19; билирубин общий 43 мкмоль/л, прямой 4 мкмоль/л, непрямой 39 мкмоль/л; глюкоза 5,3 ммоль/л, АЛТ 21 U/L (норма 4-42 U/L); АСТ 17 U/L (5-37 U/L); ПТИ 82%, фибриноген 2,2 г/л.
3. Маркеры вирусов гепатитов В, С, Д (ИФА и ПЦР) отрицательны.

Вопросы

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

Ситуационная задача № 8

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

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

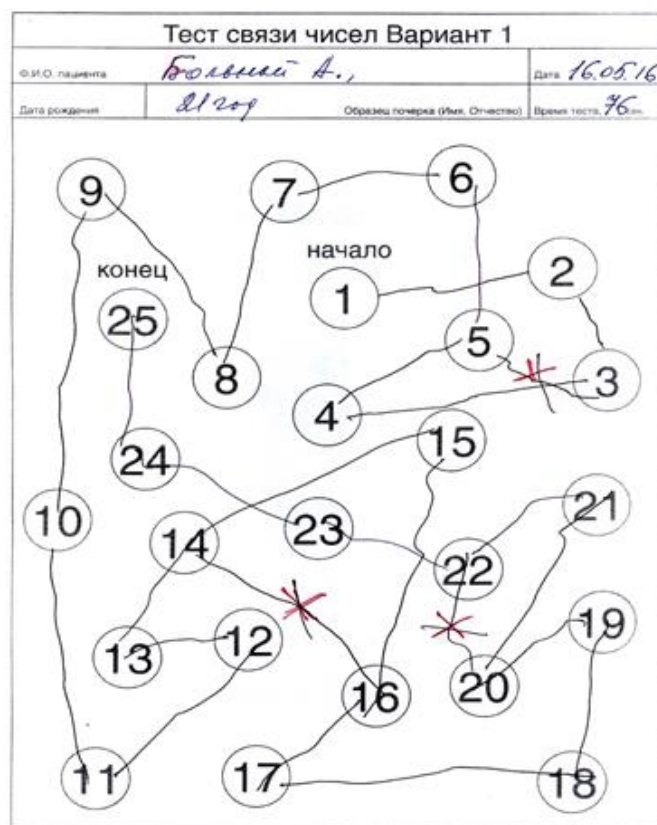
Во время учебы в школе зарегистрировано увеличение АЛТ, АСТ до 2-3 норм, однако характер этих изменений выявлен не был. В дальнейшем изменилась речь: стала замедленной, монотонной; изменился почерк (буквы стали более вытянутыми в длину, остроконечные), с трудом записывал материал лекций, однако память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

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

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

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

1. Общий анализ крови: Нв 117 г/л, эритроциты $3,39 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $3,92 \times 10^9/л$; тромбоциты $160 \times 10^9/л$.
2. Биохимический анализ крови: общий белок 60 г/л; альбумины 48%, глобулины: α_1 3,1%, α_2 6,0%, β 10,4%, γ 37,5%, АЛТ 390 U/L (N 4-42 U/L); АСТ 412 U/L (5-37 U/L); сывороточное железо 32 мкмоль/л (N 10,6-28,3), сывороточная медь 8 мкмоль/л (N 11-24), билирубин общий 68 мкмоль/л, прямой 29 мкмоль/л, непрямой 39 мкмоль/л, щелочная фосфатаза 420 (N 64-306) U/L, ПТИ 80%; фибриноген 2,3 г/л.
3. Вирусологическое исследование: ИФА, ПЦР на вирусы В, С, Д – отрицательно.
4. УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена КВР 170 (N до 150), край ровный, паренхима однородная, эхогенность снижена. Площадь селезенки 50 см²; воротная вена 12 мм; селезеночная – 8 мм.
5. ЭГДС: слизистая пищевода в норме, в антральном отделе желудка очаги отёка и гиперемии.
6. Осмотр окулиста щелевой лампой: на верхнем полюсе роговицы имеется участок зеленовато-коричневого цвета.
7. Тест связи чисел (прилагается).



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 9

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

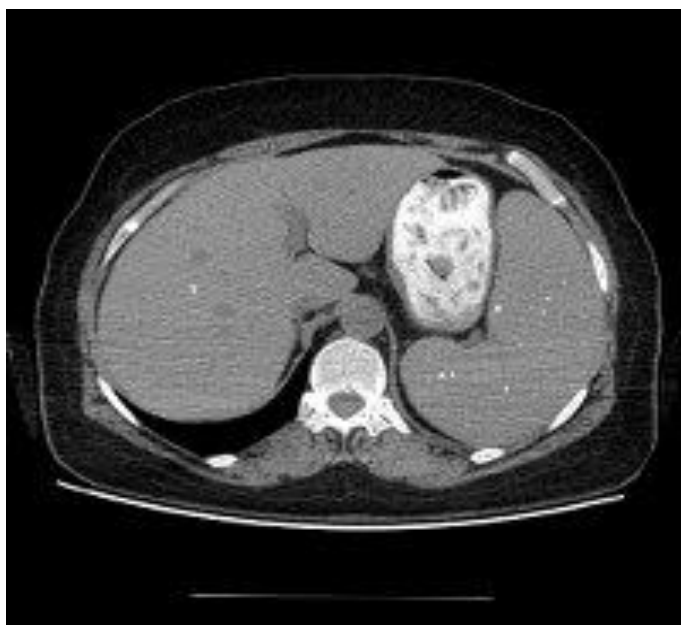
Больная Т., 23 года. Около года назад почувствовала слабость, стала повышаться температура до 37,6, появилась сыпь на туловище и нижних конечностях. Обследовалась и лечилась у аллерголога, эффекта от лечения не было. В последующем появились боли в суставах ног, отек, гиперемия и гипертермия кожи над суставами. Диагностирован артрит, по поводу чего принимала диклофенак с удовлетворительным эффектом. В дальнейшем стала отмечать снижение аппетита, горечь во рту, периодически потемнение мочи. В последние 3 месяца появилась кровоточивость десен при чистке зубов. Особенно ухудшилось состояние в течение последнего месяца: появилась температура до 38-39, желтушность кожи, носовые кровотечения, усилились проявления артрита. Проводимое лечение индометацином, антибиотиками, физиотерапевтическими процедурами эффекта не имело. Переливание крови в анамнезе отсутствует. Алкоголь не

употребляет.

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

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

1. Общий анализ крови: СОЭ 48 мм/час, эритроциты $3,2 \times 10^{12}$ /л, Нв 93 г/л, лейкоциты $15,3 \times 10^9$ /л, Э – 5%, П – 11%, С – 77%, Л – 6%, М – 1%, тромбоциты 128×10^9 /л, ретикулоциты 8%.
2. Биохимический анализ крови: общий белок 77 г/л, альбумины 42%, глобулины: α_1 – 2%, α_2 – 14%, β – 6%, γ – 36%. глюкоза 4,55 ммоль/л., общий билирубин 322 мкмоль/л, прямой билирубин 202 мкмоль/л, непрямой билирубин 120 мкмоль/л, АЛТ 460 U/L (N4-42 U/L); АСТ 390 U/L (N5-37 U/L); ЩФ 310 (N 64-306) U/L, мочевины 8,1 ммоль/л., креатинин 0,14 ммоль/л., ПТИ 65%, фибриноген 1,9 г/л.
3. Вирусологическое исследование: ИФА, ПЦР на вирусы В, С, Д – отрицательно. Антитела АНА титр 1:200; АМА – отрицательные.
4. Компьютерная томография органов брюшной полости. Оцените результаты КТ.



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



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 10

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

Больной К. 24 лет, обратился в поликлинику по месту жительства с жалобами на повышение температуры тела до 39°C , боль в горле, заложенность носа, снижение аппетита.

Анамнез заболевания: Заболел остро 11 дней назад, когда появился озноб, температура тела повысилась до 38°C . Принимал жаропонижающие средства, температура кратковременно снижалась. В последующие дни состояние не улучшалось, самостоятельно принимал амоксициллин+клавулановую кислоту 7 дней – без эффекта.

Объективно: При осмотре в поликлинике состояние средней степени тяжести. Температура тела – $39,6^{\circ}\text{C}$. Кожа влажная, на коже конечностей и туловища пятнисто-папулезная сыпь. Увеличены задне-шейные, затылочные, передне-шейные, надключичные, подключичные и подмышечные лимфатические узлы до $1,0 \times 1,5$ см, плотноэластической консистенции, безболезненные. Отмечается отек слизистой оболочки носа. Слизистая оболочка ротоглотки гиперемирована, миндалины увеличены до первой степени. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, пульс – 98 в минуту. АД – 130/85 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, край печени пальпируется по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул нормальный. Очаговых и менингеальных симптомов нет.

При сборе анамнеза стало известно, что пациент несколько лет употребляет инъекционные психотропные препараты. Предварительный диагноз «инфекционный мононуклеоз».

При лабораторных исследованиях получены следующие данные:

1. Нб-120 г/л, лейкоциты $-3,2 \times 10^9/\text{л}$, э-3%, п/я-7%, с/я-18%, лимфоциты -62%, моноциты-

11%, СОЭ-14 мм/ч.

2. Анализ мочи без патологии.

3. Реакция ИФА на антитела к вирусу Эпштейн-Барр – отрицательная.

4. ДНК ВЭБ методом ПЦР в сыворотке крови не обнаружена.

Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).

2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного.

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

4. Составьте программу лечения.

5. Назовите критерии и методы оценки эффективности терапии.

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

Ситуационная задача № 11

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

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

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

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

пальпируется.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные:

1. Общий анализ крови: Hb 117 г/л, СОЭ 34 мм/ч, эритроциты $3,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $12,6 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 10%, сегментоядерные нейтрофилы – 51%, лимфоциты – 37%.
2. Биохимический анализ крови: общий белок 52 г/л, альбумины 55%, глобулины: α_1 – 3,7%, α_2 10,0%, β 11,0%, γ 20,3%, билирубин общий 16,4; прямой 3,1; свободный 13,3 ммоль/л, холестерин 3,9 ммоль/л, калий 3,5 ммоль/л (N 3,5–5,3), натрий 142 ммоль/л (N 135–145), ЩФ 310 U/L (N 64–306 U/L).
3. Ректороманоскопия: перианальная область без особенностей; имеются внутренние геморроидальные узлы без признаков воспаления. Осмотрены прямая кишка и сигмовидная, слизистая на всем протяжении без патологических изменений.
4. Ирригоскопия: бариевая взвесь ретроградно заполняет все отделы толстой кишки и подвздошную на протяжении 15–20 см. Заполненный отдел подвздошной кишки ригиден, болезнен при пальпации. В толстой кишке отмечается углубление гаустр и быстрое продвижение бариевой взвеси (дискинезия гипермоторного типа).



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 12

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

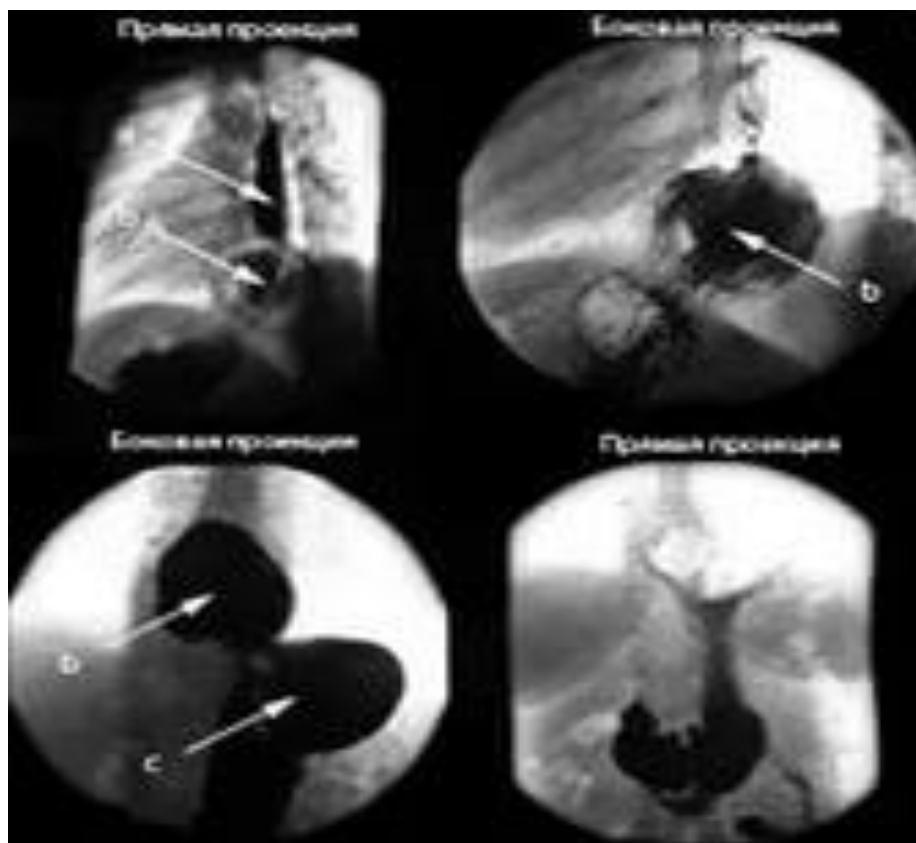
Больной Д. 55 лет, начальник автоколонны № 1236. Обратился с жалобами на изжогу после еды, усиливающуюся при наклонах туловища, и в положении лёжа; кислую отрыжку и избыточную саливацию во время сна. Последний месяц отмечает боли в эпигастрии и за грудиной. Для снятия изжоги и болей часто пользуется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

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

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

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

1. Общий анализ крови: Нб 143 г/л, СОЭ 4 мм/час, эритроциты $4,2 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $8,6 \times 10^9/л$, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 56 %, лимфоциты - 37%.
2. Биохимический анализ крови: билирубин общий 16,3 мкмоль/л; билирубин прямой 3,6 мкмоль/л; АЛТ 21 U/L (N 4-42 U/L); АСТ 17 U/L (5-37 U/L); амилаза крови 16 г/л (12-32 г/л в час).
3. ЭГДС: слизистая нижней трети пищевода умеренно гиперемирована, кардия зияет, при натуживании, в грудную полость пролабирует слизистая желудка; в желудке умеренное количество жидкости, слизь; слизистая желудка и ДПК без особенностей
4. Рентгенография желудка (снимки в положении стоя, лёжа, и в боковой проекции):



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 13

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

Больная К., 63 г., уборщица. Обратилась с жалобами на дискомфорт в эпигастрии периодически в течение дня после приёма пищи и физической нагрузки, слабость, тошноту на определённые продукты, снижение массы тела на 6 кг в течение года. В течение 3 дней отмечает усиление диспепсии, появление слабости, чёрный полужидкий стул 1 раз в день. С 40 лет наблюдалась по поводу хронического гастрита. Обострения редкие. Лечилась амбулаторно. Ухудшение самочувствия несколько недель после стресса (смерть мужа).
На пенсии с 50 лет (вредный стаж), с этого возраста работает техничкой. Наблюдается по

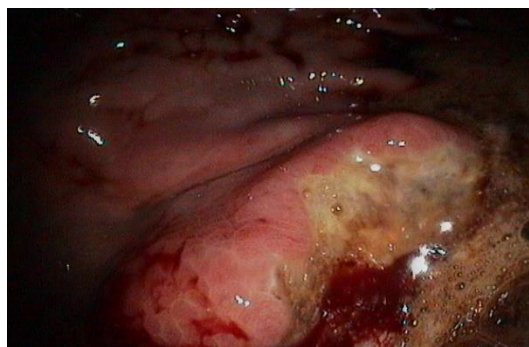
поводу артериальной гипертензии с 55 лет. Периодически принимает эналаприл. Отец умер от рака желудка в 60 лет.

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

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

1. Общий анализ крови: СОЭ 6 мм/час. Hb 101 г/л, эритроциты - $2,9 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $4,7 \times 10^9/л$.
2. Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, pH кислая, уд. вес 1016; белок, сахар - нет, лейкоциты 1-2 в поле зрения, эпителий 1-2 в поле зрения; эритроциты, цилиндры, соли - нет.
3. Биохимический анализ крови: билирубин общий 8,8 мкмоль/л; билирубин прямой 3,6 мкмоль/л, глюкоза 4,3 ммоль/л, общий холестерин 5,9 ммоль/л, АЛТ 21 U/L (N 4-42 U/L); АСТ 17 U/L (5-37 U/L); амилаза крови 15 г/л (12-32 г/л в час).
4. УЗИ органов брюшной полости. Печень: расположена типично, контуры четкие ровные; размеры: косой вертикальный размер (КВР) 138 мм (N до 150 мм), структура диффузно неоднородная, эхогенность обычная. Общий жёлчный проток 4 мм, (N до 6 мм), сосудистый рисунок не изменен, не деформирован, портальная вена 10 мм (N до 13 мм). Жёлчный пузырь: расположен типично, контуры четкие ровные, стенка до 3 мм (N 1-3 мм), уплотнена, содержимое однородное, эхонегативное. Поджелудочная железа: расположена типично, контуры четкие ровные, размеры: 20,3-18,7-21,0 мм головка-тело-хвост (N: головка до 30 мм, тело-хвост до 22-25 мм). Структура неоднородная, эхогенность повышена. Вирсунгов проток до 1 мм (N 1-2 мм), кисты и узловые образования не визуализируются.
5. ЭГДС (рис.1, 2): пищевод свободно проходим, кардия раскрывается ритмично. В желудке слизь, кровь. В теле желудка имеется дефект слизистой, подслизистого слоя и частично мышечного слоя, прикрытый фибрином.





Вопросы:

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

Ситуационная задача № 14

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

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

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

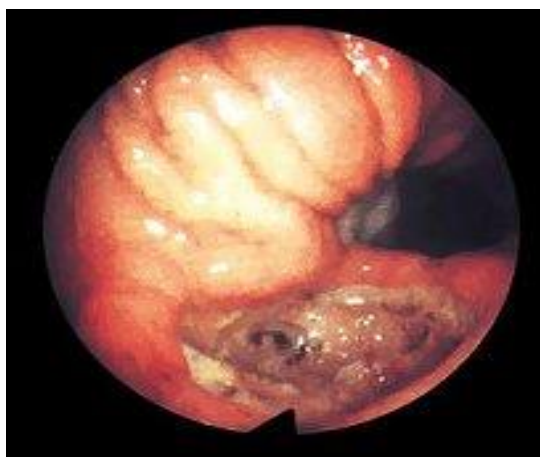
Анамнез жизни: Курит менее 10 сигарет в день более 7 лет. Алкоголь принимает в небольших дозах примерно 1 раз в 2 недели. Родители живы, отец страдает ИБС, мать СД 2 типа, принимает таблетки.

Объективно: Общее состояние средней степени за счет болевого, диспепсического синдромов. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски, чистые,

нормальной влажности. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка равномерно участвует в дыхании. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, 82 в мин, АД 136/78 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, пальпация умеренно болезненна в пилородуоденальной зоне. Печень - по краю рёберной дуги. Пузырные симптомы отрицательные. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

1. Общий анализ крови: Hb 157 г/л., эритроциты $4,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $5,3 \times 10^9$ /л., СОЭ 10 мм/ч.
2. Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, рН кислая, уд. вес 1016; белок, сахар - нет, лейкоциты 1-2 в поле зрения, эпителий 2 в поле зрения, эритроциты, цилиндры, соли - нет.
3. Биохимический анализ крови/х крови: билирубин общий 18,8 мкмоль/л; билирубин прямой 6,5 мкмоль/л, глюкоза 5,2 ммоль/л., общий холестерин 4,2 ммоль/л., АЛТ 20 U/L (N 4-42 U/L); АСТ 17 U/L (5-37 U/L); амилаза крови 15 г/л (12-32 г/л в час).
4. УЗИ органов брюшной полости. Печень: контуры ровные; КВР 140 мм. (норма до 150), структура однородная. Общий желчный проток и портальная вена нормального калибра. Желчный пузырь: контуры ровные, стенка до 3 мм, содержимое однородное. Поджелудочная железа: нормальных размеров, структура однородная, эхогенность нормальная. Проток до 1 мм, кисты, узловые образования не визуализируются.
5. ФЭГДС. Пищевод свободно проходим, слизистая не изменена. Кардиальный жом смыкается плотно. В желудке небольшое количество изменённой крови. В антральном отделе желудка очаги отёка и яркой гиперемии. Слизистая ДПК гиперемирована, отёчна, имеется контактная кровоточивость. Оцените изменения, выявленные в двенадцатиперстной кишке.



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 15

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

Больной Ф., 46 лет, менеджер. Обратился с жалобами на учащение стула до 15-20 раз в сутки с примесью слизи и крови преимущественно в предутренние часы, боли в левой подвздошной области, усиливающиеся перед дефекацией, повышение температуры до $38,5^{\circ}\text{C}$, обильное потоотделение, слабость. Впервые заболел год назад, появилось учащение стула с примесью слизи до 5-6 раз в сутки. В дальнейшем стал отмечать жидкий стул, увеличилось количество слизи, и появилась свежая кровь в кале. Одновременно с этим стала повышаться температура, вначале до $37,5$, затем до $38,5$. В поликлинике был установлен диагноз «хронический колит», без подтверждения этиологии лечился смектой, бифиформом без эффекта. Был добавлен эрсефурил, после чего состояние улучшилось, боли значительно уменьшились и отмечались только перед дефекацией. Стул до трёх раз в сутки, оформленный или в виде густой каши, кровь исчезла, количество отделяемой слизи значительно уменьшилось. Лечение прекратил, принимал только ферменты: мезим, креон. Ухудшение 2 недели назад, когда вновь появились боли, диарея до 8-10 раз в сутки со слизью и кровью. Температура нарастала постепенно до $38,7$. Отмечал общую слабость, мышечную и суставную боль, головокружение.

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

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

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

1. Общий анализ крови: Hb 85 г/л., эритроциты $2,7 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты $19,3 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 45 мм/ч.
2. Биохимический анализ крови: билирубин общий 18,8 мкмоль/л; прямой 6,5 мкмоль/л, глюкоза 5,2 ммоль/л, общий холестерин 5,3 ммоль/л, АЛТ 40 U/L (норма 4-42 U/L); АСТ 35 U/L (5-37 U/L); амилаза крови 28 г/л (12-32 г/л в час); фибриноген 2,5 г/л., сывороточное железо 2,0 мкмоль/л (норма 10,6-28,3 мкмоль/л).
3. Копрограмма: скопление в полях зрения большого количества лейкоцитов, эритроцитов; мышечные волокна единичные в поле зрения; крахмал – большое количество, нейтральный жир небольшое количество, бактерии большое количество; йодофильная флора +.
4. Фиброколоноскопия: осмотр до купола слепой кишки. Слизистая кишечника на всём протяжении отёчна, гиперемирована, контактно кровоточит. В просвете кишки мутная слизь с гноем и прожилками крови. Из всех отделов толстой кишки взята биопсия.



Какие изменения ещё можно выявить на представленной фотографии колоноскопии, кроме тех, что перечислены в заключении? Что означают белые и темно-красные узелковые образования? На чём основана достоверная диагностика заболевания?

Вопросы:

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

Ситуационная задача № 16

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

Больной М., 36 лет, аппаратчик на химическом производстве. Обратился с жалобами на тупые боли в левом подреберье после обильной пищи, а также жирной, жареной, острой, копченой. Беспокоит вздутие живота после приёма любой пищи, даже диетической. Периодически отмечает подташнивание. Стул кашицеобразный, трудносмываемый, иногда с фрагментами непереваренной пищи. Отмечает снижение массы тела (похудел за год на 13 кг). Считает себя больным более 20 лет, беспокоили давящие боли в эпигастриальной области, больше слева, особенно после погрешности в диете и приема алкогольных напитков. Периодически боли усиливались до интенсивных, один из таких эпизодов закончился госпитализацией хирургическое отделение, где был установлен диагноз: острый панкреатит. Во время болезни похудел на 3 кг, после выписки вес не набрал. В последующем, на фоне исключения приёма спиртного, боли возникали значительно реже, но стали беспокоить вздутие, учащение стула, понос или кашицеобразный стул. В течение последнего года отмечает ухудшение: снизился аппетит, резко похудел, появилась слабость, не мог выполнять привычную нагрузку. Курит более 10 сигарет в день с 20 лет. Химический стаж с 23 лет (контакт с растворителями).

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Нормостеник. Пониженного питания, подкожная клетчатка слабо выражена. Рост 178 см, вес 60 кг. На коже груди и живота единичные мелкие ярко-красные пятна округлой формы, размером 1-3мм, не исчезающие при надавливании. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка равномерно участвует в дыхании. Перкуторно и аускультативно в лёгких

патологии не выявлено. Пульс ритмичный, 72 в мин, АД 136/78 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, поверхностная пальпация безболезненна. Пальпируется сигмовидная кишка, без урчания, в поперечнике 4 мм. Остальные петли кишечника не пальпируются. Околопупочная область безболезненна, выраженное урчание при пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Пузырные симптомы (Керра, Мерфи, Ортнера) отрицательные. Слабо болезненна зона Губергрица-Скульского, точка Мейо-Робсона передняя. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

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



Укажите наиболее вероятную причину изменений поджелудочной железы, выявленных при МСКТ.

Вопросы:

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

Ситуационная задача № 17

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

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

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

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

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

1. Общий анализ крови: Hb 100 г/л, СОЭ 4 мм/час . эритроциты $3,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $8,6 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 1 %, палочкоядерные нейтрофилы – 0 %, сегментоядерные нейтрофилы – 69 %, лимфоциты – 22%, моноциты –8%.
2. Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачная, уд. вес 1025, лейкоциты – ед. в поле зрения.
3. Биохимический анализ: общий белок 60 г/л; альбумины 48%; глобулины: альфа1 – 3,5%, альфа2- 15,0%, бета - 8,0%, гамма-25,5%; билирубин общий 19 мкмоль/л (N 5-20 ммоль/л), прямой 4,7 мкмоль/л, непрямой 14,3 мкмоль/л; холестерин 3,9 ммоль/л; АЛТ 36 (N 4-42 U/L); АСТ 28 U/L (N 5-37 U/L); амилаза 12 г/л час. (N 12-32 г/л час)
4. Копрограмма: нейтр. жир – единичн., мышечные волокна – не обнаружены, лейкоциты – не обнаружены, эритроциты – не обнаружены, бактерии – большое количество.
5. ЭГДС: дистальный отдел пищевода сужен, остальные – расширены. Складки слизистой пищевода прослеживаются на всем протяжении, сглажены, слизистая истончена. Фиброскоп с большим трудом проведен в желудок, где определяется неизменная слизистая. При раздувании желудка воздухом ригидности стенок не выявлено.
6. Пищеводная манометрия: давление в области нижнего пищеводного сфинктера 56 мм рт. ст. (норма 35 мм рт. ст.), расслабление его не полное, определяются низкоамплитудные синхронные ретроградные волны после каждого глотка воды.
7. Rg-скопия и графия пищевода и желудка: дистальный отдел пищевода имеет четкие ровные контуры, здесь же прослеживаются две тонкие складочки на всем протяжении. Отсутствует газовый пузырь желудка. Барий поступает в желудок через 5 минут от начала исследования очень небольшими порциями.



Какие изменения ещё можно выявить на представленной рентгенограмме, кроме тех, что перечислены в заключении?

Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного.
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.

5. Назовите критерии и методы оценки эффективности терапии.
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определите трудоспособность.

Ситуационная задача № 18

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

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

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

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

1. Общий анализ крови: Нb 124 г/л, СОЭ 28 мм/час, эритроциты $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $11,3 \times 10^9$ /л, эозинофилы 2% палочкоядерные нейтрофилы 8%, сегментоядерные нейтрофилы 59%, лимфоциты -28%, моноциты-3%.
2. Биохимический анализ крови: билирубин общий 20,1 мкмоль/л, прямой 4,7 мкмоль/л; общий белок 78 г/л; глюкоза 4,5 ммоль/л; холестерин 6,0 ммоль/л; АЛТ 36 (N 4-42 U/L); АСТ 28 U/L (N5-37 U/L); ЩФ 298 U/L (N 64- 306 U/L); ПТИ 82%, фибриноген 4,8 г/л.
3. Общий анализ мочи: уд. вес 1026, коричневая, прозрачная, эритроциты, лейкоциты - единичные в поле зрения, желчные пигменты отсутствуют.
4. ЭКГ: без особенностей.
5. УЗИ печени и желчевыводящих путей: печень несколько увеличена в размерах, КВР правой доли 160 мм (норма до 150 мм), структура неоднородная, повышенной эхогенности.



Оцените результаты УЗИ жёлчного пузыря.

Вопросы:

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

Ситуационная задача № 19

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

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

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

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

Объективно: Нормального питания, имеется бледность кожных покровов, склеры нормальной окраски. В лёгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца: левая – по левой среднеключичной линии, остальные – в норме. Ширина сосудистого пучка 9 см. Тоны ритмичные, 86 уд/мин. АД 120/70 мм рт.ст. Язык влажный, слегка

обложен белым налётом. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень по краю рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Кишечник: определяется сигмовидная кишка нормальных параметров. Ректально – ампула прямой кишки заполнена каловыми массами, на перчатке кал чёрного цвета, реакция на скрытую кровь положительная.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

1. Общий анализ крови: Hb 98 г/л, эритроциты $3,7 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $9,5 \times 10^9$ /л, гематокрит 31 % (N 40-48 %).
2. Биохимический анализ крови: общий белок 70 г/л, альбумины 36 г/л, билирубин общий 20 мкмоль/л, прямой 4,3 мкмоль/л, сывороточное железо 8 мкмоль/л (N 10,6-28,3 мкмоль/л).
3. ЭГДС: слизистая пищевода без патологических изменений, кардиальный жом смыкается полностью. На снимке представлен антральный отдел желудка.



Укажите, какие изменения антрального отдела желудка выявлены при эзофагодуоденоскопии, для какого поражения они характерны?

Вопросы:

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

Ситуационная задача № 20

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

Больной К., 38 лет, преподаватель начальной школы обратился с жалобами на кашицеобразный стул, временами жидкий пенистый до 6-7 раз в сутки, обильный,

зловонный. Похудел за последний год на 9 кг. Отмечает нарастающую слабость, снижение работоспособности, периодически головокружение, мелькание «мушек» перед глазами. Отмечает боли в костях и суставах, которые стали настолько выраженными, что больному трудно передвигаться.

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

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

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

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

1. Общий анализ крови: Hb 83 г/л., СОЭ 14 мм/час., эритроциты $3,2 \times 10^{12}$ /л, Лейкоциты $9,6 \times 10^9$ /л, эозинофилы -2 %, палочкоядерные нейтрофилы -5 %, сегментоядерные нейтрофилы -56 %, лимфоциты -37%.
2. Биохимический анализ крови: общий белок 50 г/л, альбумины 26,0 г/л, глюкоза 3,1 ммоль/л, холестерин 3,0 ммоль/л, сывороточное железо 8 мкмоль/л (N10,6-28,3 мкмоль/л), калий 3,0 ммоль/л (N 3,5-5,5), Na 135 ммоль/л, Cl 92 ммоль/л (N 95-107), Ca 1,32ммоль/л (N 2,15-2,50), Mg 0,45 ммоль/л (N 0,8-1,2), АЛТ 15 (N 4-42 U/L); АСТ 10 U/L (N5-37 U/L); ЩФ 278 U/L (N 64 - 306 U/L); ПТИ 82%, фибриноген 2,8 г/л., креатинин 0,09 ммоль/л.
3. Копрограмма: утренняя порция 450 г, консистенция жидкой каши, нейтральный жир +++, жирные кислоты +++, мыла жирных кислот +++.
4. Рентгенограмма обеих голеней и бедер – остеопороз.
5. ЭГДС: в двенадцатиперстной кишке сглаженный рельеф слизистой. Кишка неравномерно расширена. Из дистальных отделов ДПК взята биопсия. На фотографии представлена эндоскопическая и гистологическая картина кишечника.

Укажите, на каких фотографиях имеются патологические изменения, и какие это изменения?



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 21

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

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

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

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

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

1. Общий анализ крови: эритроциты $3,7 \times 10^{12}/л$, Нв 127г/л, лейкоциты $-15,5 \times 10^9/л$, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы -12%, сегментоядерные нейтрофилы - 60%, лимфоциты -20 %, моноциты -7%.
2. Общий анализ мочи: цвет пива, уд. вес 1025, лейкоциты – единичные в поле зрения, эритроциты отсутствуют, желчные пигменты ++.
3. Биохимический анализ крови: общий белок 65 г/л, билирубин общий 82 мкмоль/л, прямой 67 мкмоль/л, непрямой 15мкмоль/л, АЛТ 86 U/L (N 4-42 U/L); АСТ 75 U/L (N 5-37 U/L); амилаза крови 21 г/л (N 2-32 г/л в час)., ЩФ 620 U/L (N 64- 306 U/L),
4. Копрограмма: нейтральные жиры – единичные, измененные мышечные волокна – единичные, мыла жирных кислот – большое количество, жирные кислоты – большое количество.
5. УЗИ: печень увеличена в размерах, косой вертикальный размер (КВР) правой доли, 170 мм. (норма 150), левая доля 96 (норма 70).
6. Выполнена ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ). Оцените состояние протоков на РХПГ, определите наличие патологии.



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 22

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

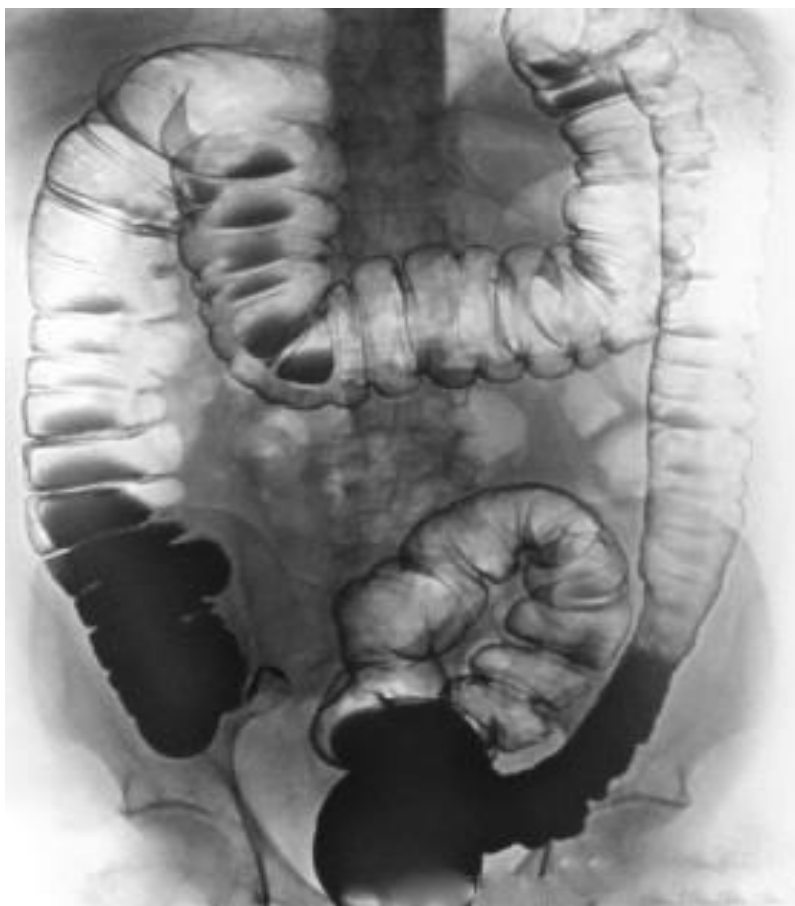
Больная 30 лет, менеджер. Обратилась к участковому терапевту с жалобами на ноющие боли в подвздошных областях, больше слева в течение дня, уменьшаются после дефекации; чувство распирания в животе, метеоризм. Стул ежедневный, малыми порциями «бобовидный». Нет чувства полного опорожнения кишечника. Слабость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

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

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

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

1. Общий анализ крови: Hb 134 г/л, лейкоциты 4.2-10⁹/л, СОЭ – 5 мм/час.
2. Биохимический анализ крови: общий белок 70 г/л., альбумины 37 г/л., глобулины: α₂ 8%, γ 19%; билирубин общий 16,3 мкмоль/л, прямой 3.6 мкмоль/л; АЛТ 21 U/L (N 4-42 U/L); АСТ 17 U/L (5-37 U/L); амилаза крови 16 г/л (12-32 г/л в час).
3. Кoproграмма: эритроциты и лейкоциты отсутствуют, мышечные волокна и нейтральный жир не обнаружены, крахмал +, умеренное количество бактерий.
4. Кал на дизентерию, сальмонеллёз и тифо- паратифы – результат отрицательный. Опиостории в кале не обнаружены.
5. Ректороманоскопия: Осмотрено 20 см. Слизистая розовая, без особенностей.
6. Ирригоскопия: бариевой взвесью заполнены все отделы толстой кишки, контуры её ровные, при опорожнении барий остаётся в слепой кишке и частично в сигмовидной. Что выявлено при раздувании воздухом в толстой кишке при ирригоскопии?



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 23

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

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

Больна около 4-х лет, за медицинской помощью не обращалась, принимала соду, альмагель, гастрал с кратковременным эффектом. Ухудшение в последние полгода, когда стали чаще возникать тошнота, отрыжка, усилились боли. В последние 2 недели из-за тошноты

болей принимала пищу каждые 1-1,5 часа.

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

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

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

1. Общий анализ крови: Hb 132 г/л, эритроциты $3,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $7,8 \times 10^9$ /л эозинофилы 3%, сегментоядерные нейтрофилы 50%, лимфоциты 40%, моноциты 7%.
2. Биохимический анализ крови: общий белок 80 г/л, альбумины 55%, глобулин: α_1 3,9%, α_2 8,3%, β 12,1%, γ 20,9%; холестерин 4,0 ммоль/л; калий 3,9 ммоль/л; билирубин общий 17,6, прямой 3,9 мкмоль/л; сывороточное железо 15,6 мкмоль/л; АСТ 29 (N 5-37) U/l; АЛТ 31 (N 4-42) U/l; ЩФ 152 (N 64-306) U/l; ПТИ 86%; фибриноген 2,9 г/л; амилаза крови 1,8 (12-32) мг/мл в ч.
3. ЭГДС: слизистая пищевода не изменена, кардиальный жом открывается ритмично, зубчатая линия (см. иллюстрацию). Взяты мазки-отпечатки и биопсия из антрального отдела и тела желудка. *Helicobacter pylori* – отрицательно. Морфологических изменений слизистой оболочки не выявлено.
4. Копрограмма: реакция нейтральная, нейтральный жир, мышечные волокна, крахмал отсутствуют.
5. УЗИ: печень нормальных размеров, структура однородная, нормальной эхогенности. Желчный пузырь: стенка 2 мм, содержимое однородное; холедох 5,5 мм, просвет свободный. Селезёнка 42 см^2 , однородная. Поджелудочная железа нормальных размеров, структура и эхогенность не изменена.

Вопросы:

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

Ситуационная задача № 24

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

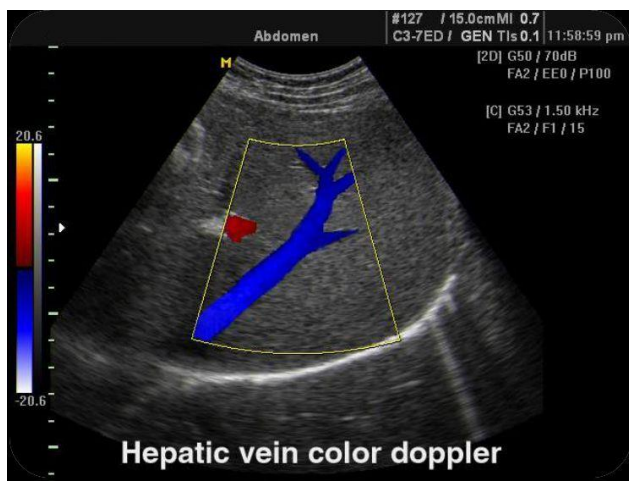
Больная А., 30 лет продавец цветочного магазина жалуется на резкую слабость, головную боль, головокружение, непродуктивный сон, апатию, снижение когнитивных

функций. Беспокоит вздутие живота, повышенное газообразование, отрыжка воздухом. Болевой синдром имеет тенденцию к прогрессированию, боли в правом подреберье, распирающего характера без иррадиации. Также появились и нарастают отёки нижних конечностей, особенно стоп. Уменьшился диурез и стал увеличиваться в размере живот, последние 3 месяца отсутствуют месячные. Четыре месяца тому назад оперирована по поводу геморрагического панкреонекроза и разрыва правого яичника (резекция яичника, дренирование сальниковой сумки, санация брюшной полости). Во время операции обнаружено увеличение печени, ее неровный край и неравномерная структура, биопсия не выполнялась и изменения печени не шифровались, рекомендовано обследование после операции. В анамнезе потребление алкоголя. После выписки рекомендуемое лечение не принимала, продолжала употреблять алкогольные напитки и нарушать диету. Через месяц после операции почувствовала дискомфорт в животе, особенно в эпигастральной области, затем появилось давление в этой области, в последующем отчетливая боль, которая нарастала и в последнее время стала нестерпимой (принимала кеторол). Одновременно с болью появились отеки, они так же нарастали, особенно на стопах и распространились на все нижние конечности. Живот увеличился в объеме, диурез уменьшился. Стала повышаться температура до 38,5-39°. Лечилась по месту жительства без эффекта, направлена в областной печёночный центр.

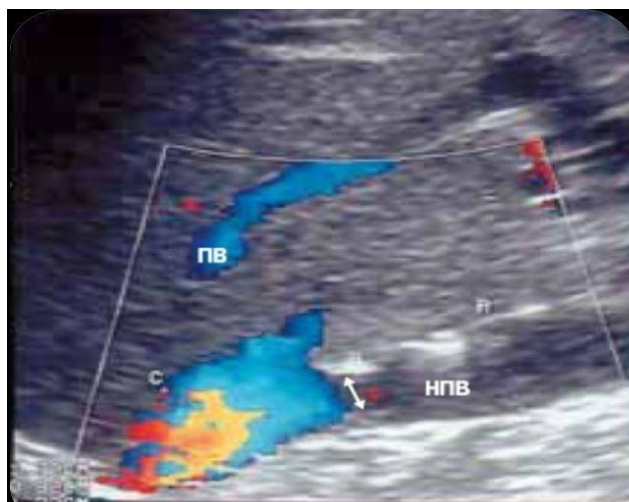
Объективно: сознание ясное, походка шаткая, неуверенная из-за резкого отёка нижних конечностей. Кожа желтушная, пятнистая гиперемия тенора и гипотенора. Вены передней брюшной стенки расширены. ЧСС 88 уд/мин, АД 110/70 мм рт.ст. тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот увеличен, определяется уровень жидкости,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

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлено:

1. Общий анализ крови: СОЭ 65 мм/час, Hb 81 г/л, лейкоциты $23,8 \times 10^9$ /л, эозинофилы $2,4 \times 10^{12}$ /л.
2. Биохимический анализ крови: общий белок 76 г/л, альбумины 25,3 г/л., гамма-глобулин 39%; общий билирубин 97,1 мкмоль/л, связанный 67 мкмоль/л; АЛТ 76,9 U/L (норма 4-42 U/L); АСТ 122 U/L (норма 5-37 U/L); ГГТП 194 U/L (норма 7 - 64 U/L); ПТИ 56%.
3. ЭГДС: Пищевод свободно проходим, в нижней трети варикозно расширенные венозные стволы.
4. УЗИ. Печень: правая доля 196 мм (N до 150), левая доля 142 мм (N до 70), контуры неровные, структура неоднородная, пониженной эхогенности. Селезёнка 70 см², следы жидкости в брюшной полости.
5. Допплеровское УЗИ: отсутствие визуализации кровотока в средней и правой печеночных венах (тромбоз?)



Определите изменения на одной из иллюстраций УЗИ.



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 25

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

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

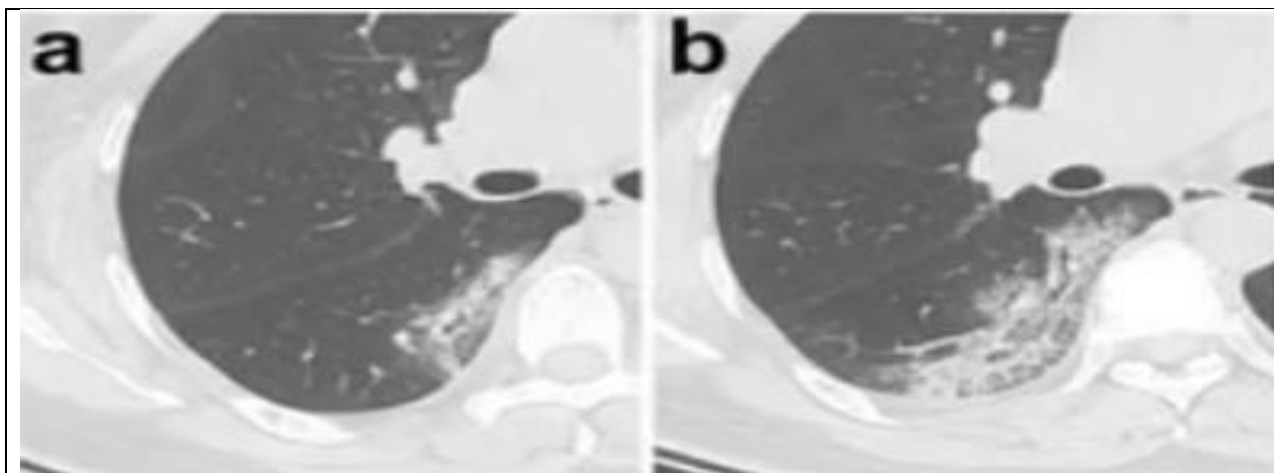
Анамнез заболевания: Известно, что 10 дней назад вернулся из путешествия по Италии. Находился на 14-ти дневном карантине в домашних условиях. Проживает один, хронические заболевания и вредные привычки отрицает. 4 дня назад впервые повысилась температура до $37,2^{\circ}\text{C}$, появились недомогание, першение в горле, редкий сухой кашель.

Участковым терапевтом организовано обследование на коронавирусную инфекцию. Из глоточной слизи - детекция РНК SARS-CoV-2 методом ПЦР. Установлен диагноз: новая коронавирусная инфекция COVID-19. Назначена терапия – оральная регидратация, парацетамол. Продолжал лихорадить, в последние сутки кашель стал чаще, сухой, появилось чувство затруднения дыхания, в связи с чем, госпитализирован.

Объективно: рост 178 см, вес 79 кг, Т 38,2⁰С, ЧД 25 в мин, ЧСС 90 в мин, АД 125/80 мм.рт.ст., SpO2 95%. Частый сухой кашель. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, чистые, удовлетворительной влажности. Периферические лимфоузлы не пальпируются носовое дыхание свободное. В глотке – умеренная диффузная гиперемия. Грудная клетка симметрично участвует в акте дыхания. При сравнительной перкуссии легких – коробочный звук. При аускультации легких дыхание жесткое, симметрично проводится, единичные сухие хрипы с двух сторон. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот доступен пальпации, печень – по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Результаты обследования:

1. Гемограмма: эритроциты $4,8 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин 138 г/л, лейкоциты $9,2 \times 10^9$ /л, П-1%, С-69%, Л-22%, М-8%; СРБ 15,8 мг/л.
2. Компьютерная томография органов грудной клетки – изменения в виде единичных участков «матового стекла» субплеврально преимущественно в нижних отделах нижних долей с двух сторон.



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 26

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

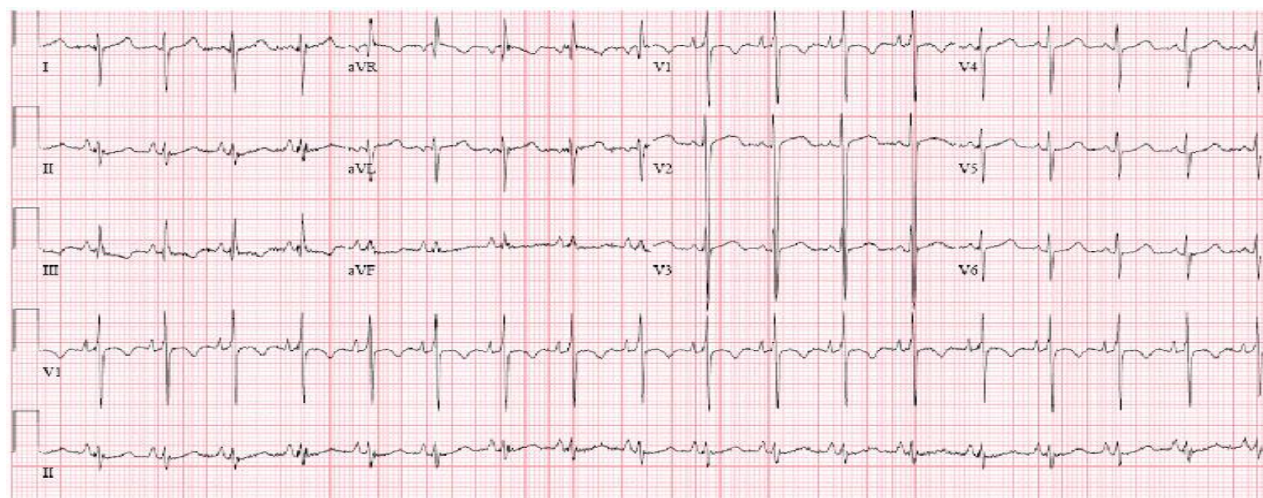
Пациентка А., 34 лет не работает, поступила в клинику с жалобами на повышение температуры тела до $38,4^{\circ}\text{C}$, сопровождающееся интенсивной ночной потливостью; ознобами; отеками голеней, увеличением объема живота, болью в правом подреберье, точечными высыпаниями на голенях.

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

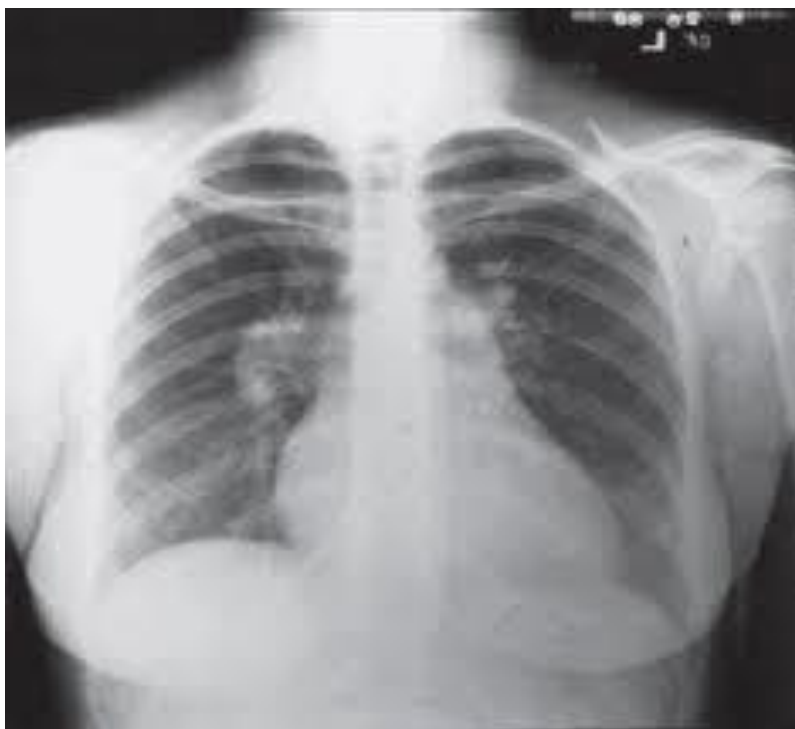
Объективно: состояние средней тяжести, температура тела $37,8^{\circ}\text{C}$, кожные покровы бледные с желтушным оттенком, на коже нижних конечностей элементы геморрагической сыпи, отеки стоп и голеней. Лимфатические узлы не пальпируются. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Перкуторный звук ясный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

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

1. Общий анализ крови: НЬ - 104 г/л, эритроциты $3,8 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты $17 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные нейтрофилы 7%, сегментоядерные нейтрофилы 80%, лимфоциты 9%, моноциты, 3%, эозинофилы 1%, СОЭ 48 мм/ч.
2. Общий анализ мочи: желтая, прозрачная, рН нормальная, удельный вес 1016, белок 0,02‰, сахара нет, лейкоциты 1-2 в поле зрения, эритроцитов нет.
3. Биохимическое исследование крови: билирубин общий 20,0 ммоль/л, АСТ 74 (5-37 Ед/л), АЛТ 98 (4-42 Ед/л), креатинин - 0,108 (0,014-0,44) ммоль/л, глюкоза - 5,7 ммоль/л, холестерин - 5,0 ммоль/л, калий - 4,2 ммоль/л (3,4-5,3).
4. Гемокультура: в одной из 3-х проб рост золотистого стафилококка.
5. ЭКГ:



6. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки.



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 27

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

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

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

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

Курение отрицает. Отец в 49 лет перенес инфаркт миокарда.

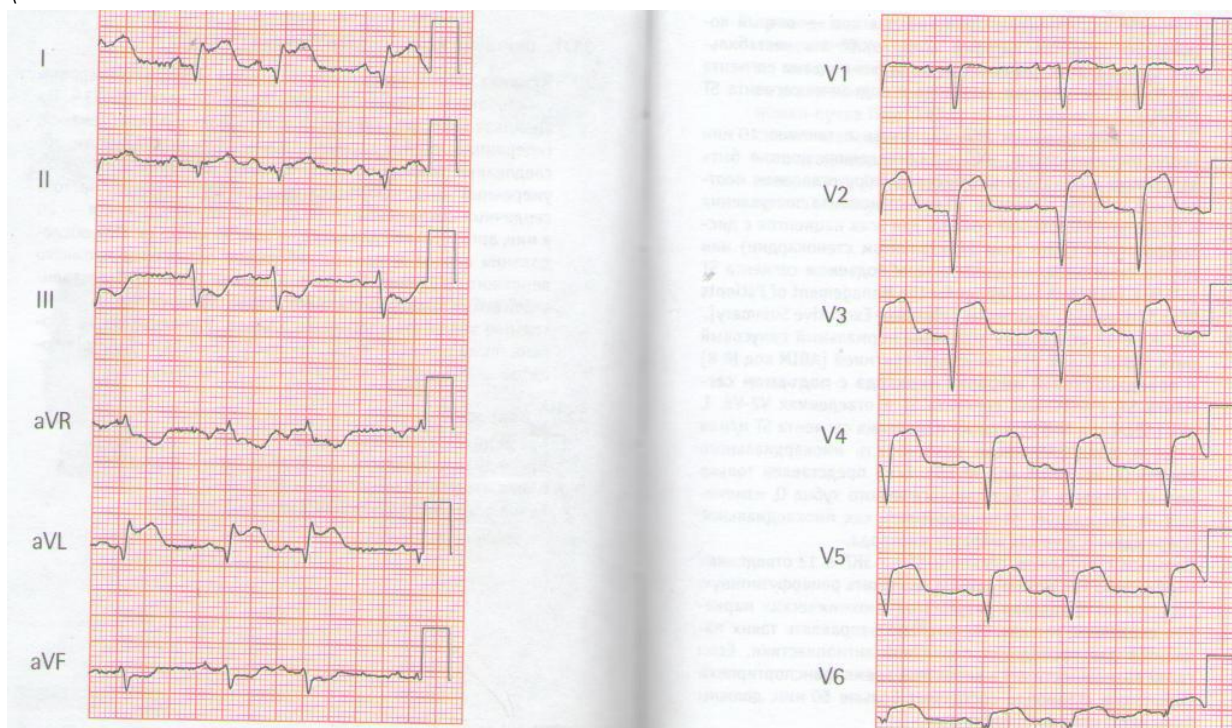
Вызвала Скорую медицинскую помощь (СМП). При осмотре врачом СМП состояние тяжелое за счет болевого синдрома в грудной клетке, одышки, гипотонии

(АД=100/60, ЧСС = 98). Записана электрокардиограмма (ЭКГ) (см. ниже). С некупированным болевым синдромом доставлена в приемное отделение.

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

Дополнительные методы обследования:

1. Общий анализ крови: Hb-139 г/л, лейкоциты – $11 \cdot 10^9/\text{л}$, эритроциты – $4,8 \cdot 10^{12}/\text{л}$ СОЭ – 8 мм/ час.
2. Биохимический анализ крови: глюкоза – 22 ммоль/л, креатинкиназа-MB фракция – 102 Е/л (N=25 Е/л), тропонин Т – 0,9 нг/мл (N до 0,1 нг/мл); общий холестерин – 7,0 ммоль/л.
3. По ЭхоКГ фракция выброса левого желудочка – 38% (N=60-70%), гипокинезия стенки левого желудочка.
4. Рентгенологически в легких венозный застой III степени, тень сердца расширена влево.
5. ЭКГ на этапе СМП:



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 28

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

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

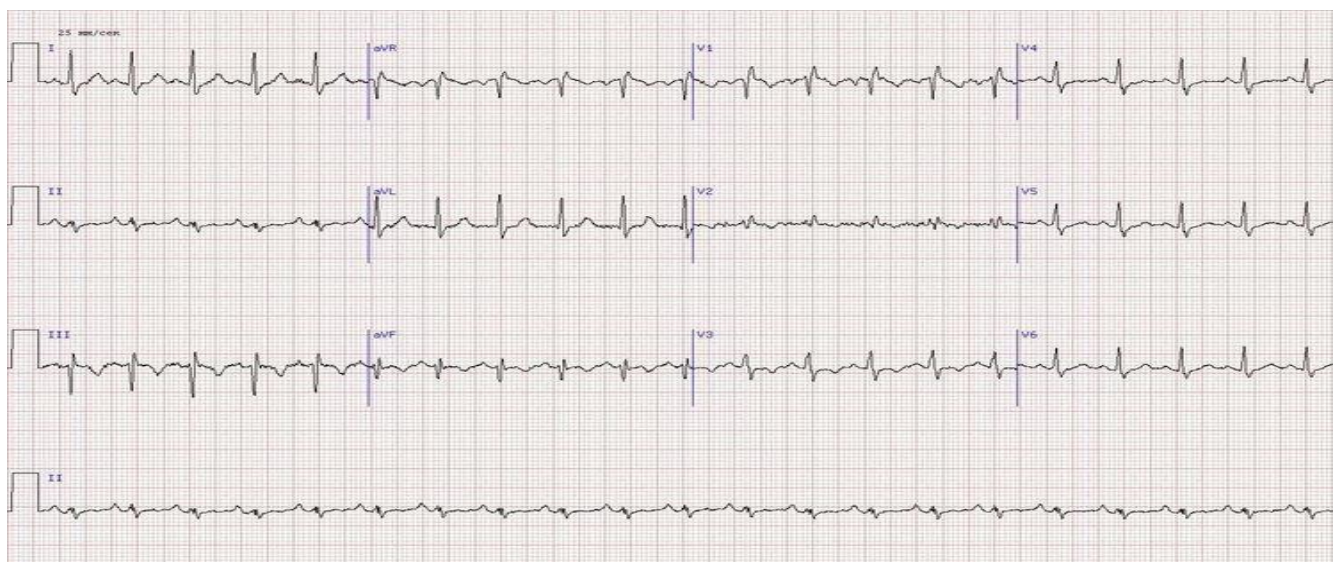
В анамнезе отмечено, что за 5 суток до приступа удушья у больной появились мягкий отёк правой нижней конечности от стопы до паховой складки, незначительный цианоз и умеренная болезненность конечности. В последующем указанные симптомы сохранялись, пыталась лечиться самостоятельно, используя различные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

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

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

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

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



5. Рентгенография ОГК:



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 29

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

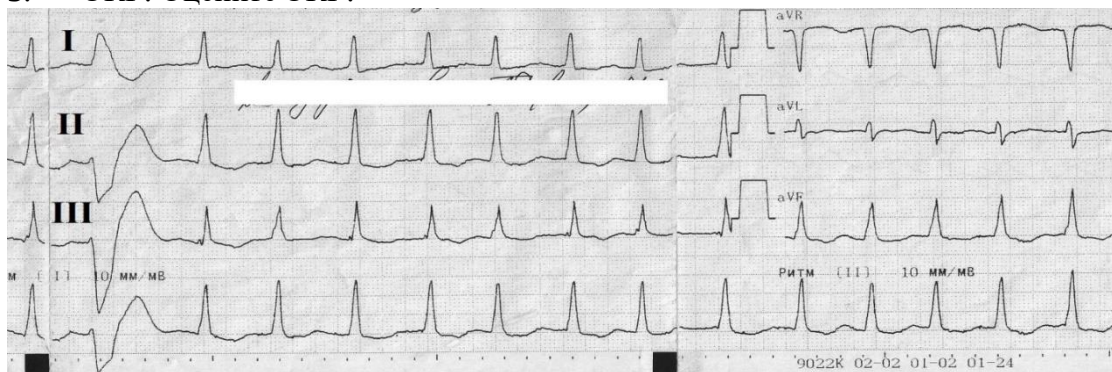
Больная М., 52 лет, работает бухгалтером, госпитализирована с жалобами на неритмичное сердцебиение, общую слабость, головокружение, быструю утомляемость, одышку при ускоренной ходьбе.

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

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

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

1. Липидограмма: общий холестерин 5,9 ммоль/л, ХС ЛНП 3,5 ммоль/л (норма менее 3,0 ммоль/л), ХС ЛВП 0,9 ммоль/л (норма более 1,0 ммоль/л), ТГ 2,0 ммоль/л (норма менее 1,7 ммоль/л).
2. Эхо-КГ: Толщина задней стенки левого желудочка 1,3 см (норма 0,8-1,1 см), фракция выброса левого желудочка 55% (норма 55-75%).
3. ЭКГ. Оцените ЭКГ:



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 30

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

Больная Н., 46 лет, стюардесса внутренних авиалиний. Обратилась с жалобами на

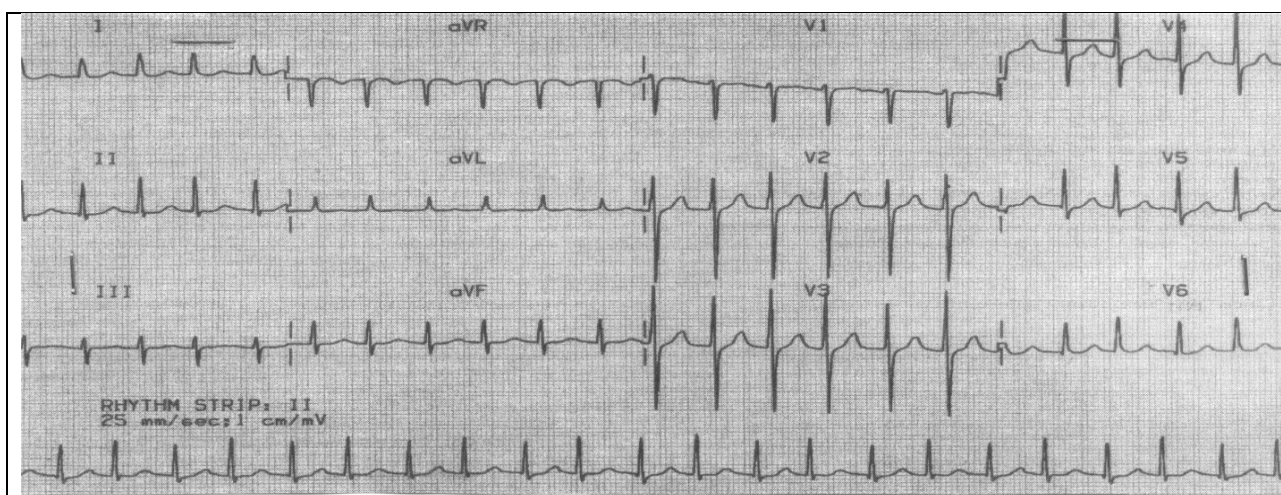
приступы сильного учащенного сердцебиения, не связанные с физической нагрузкой, сопровождающиеся ноющими болями в прекардиальной области.

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

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

Обследования:

1. ЭКГ. Оцените ЭКГ:



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 31

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

Женщина 27 лет обратилась к кардиологу. Жалобы на внезапно возникающее ощущение «замирания сердца», которое сохраняется на протяжении нескольких секунд, сопровождается резкой слабостью и потемнением в глазах.

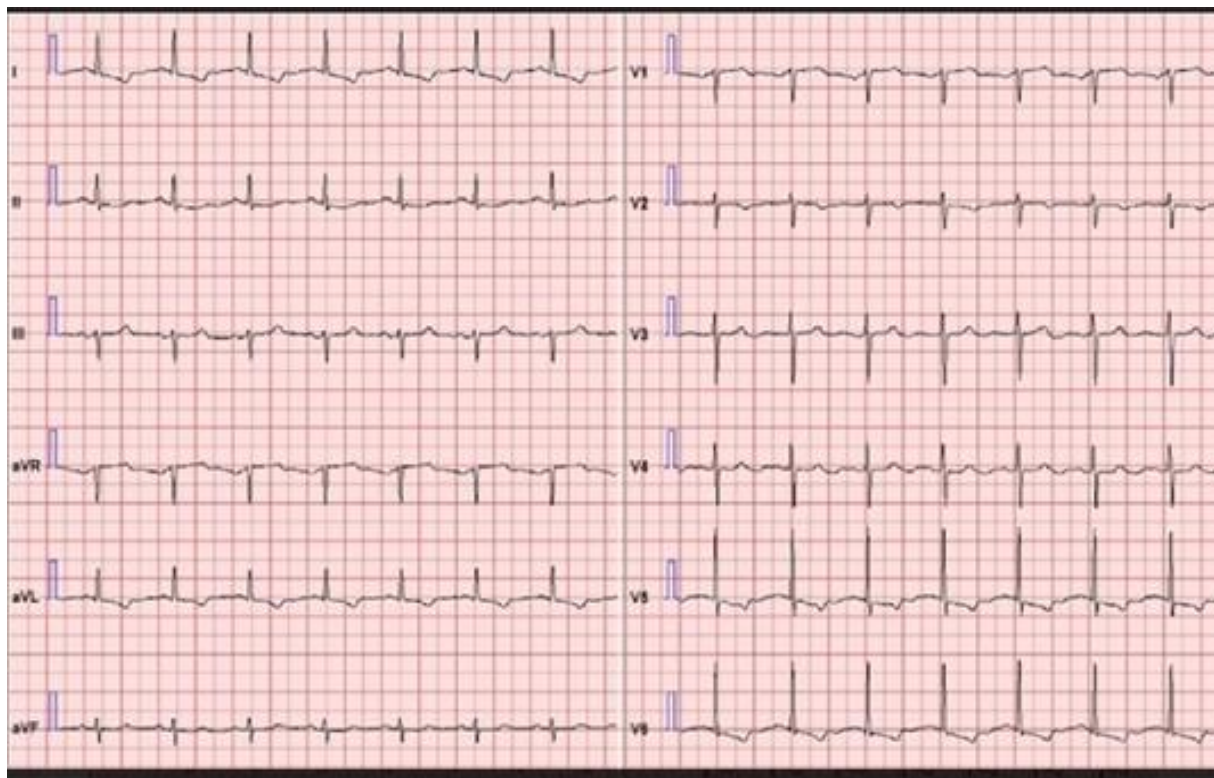
Анамнез заболевания: описанные приступы возникали трижды за последние два дня. Ранее перебоев в работе сердца, синкопальных или пресинкопальных состояний не отмечала. Физические нагрузки переносит хорошо.

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

Объективный статус: Состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса тела 62 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

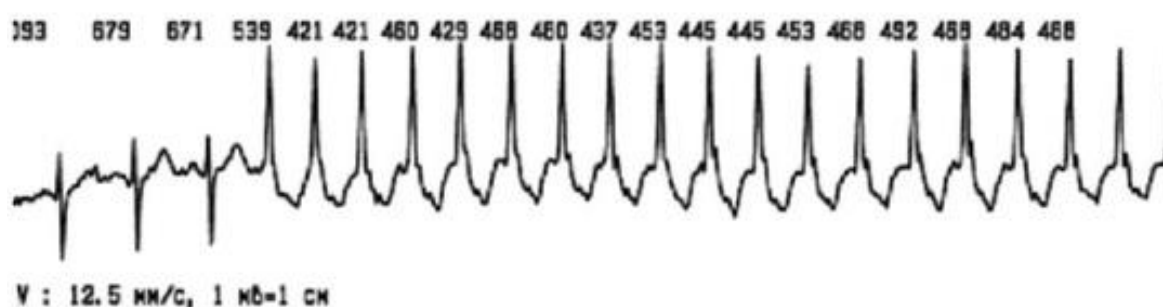
Обследования:

1. ЭКГ:



2. Суточное мониторирование ЭКГ:

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



Вопросы:

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

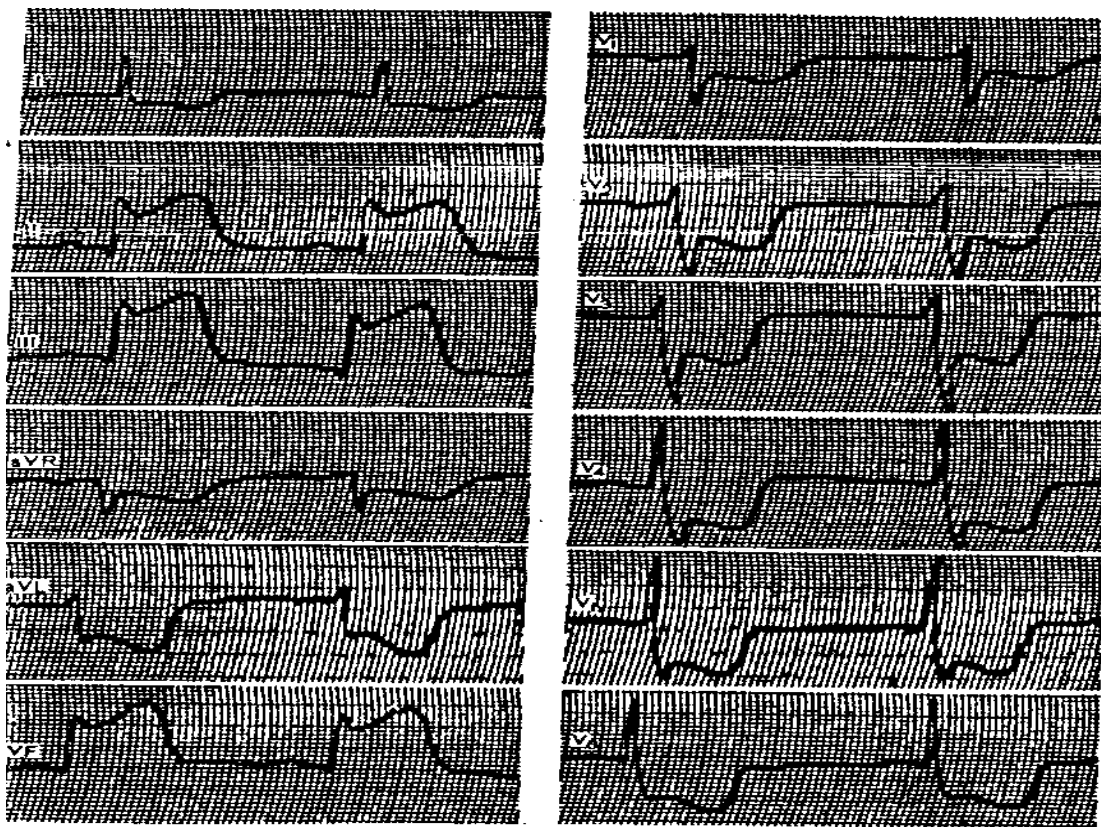
Ситуационная задача № 32

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

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

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

Записана ЭКГ (см. ниже).



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 33

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

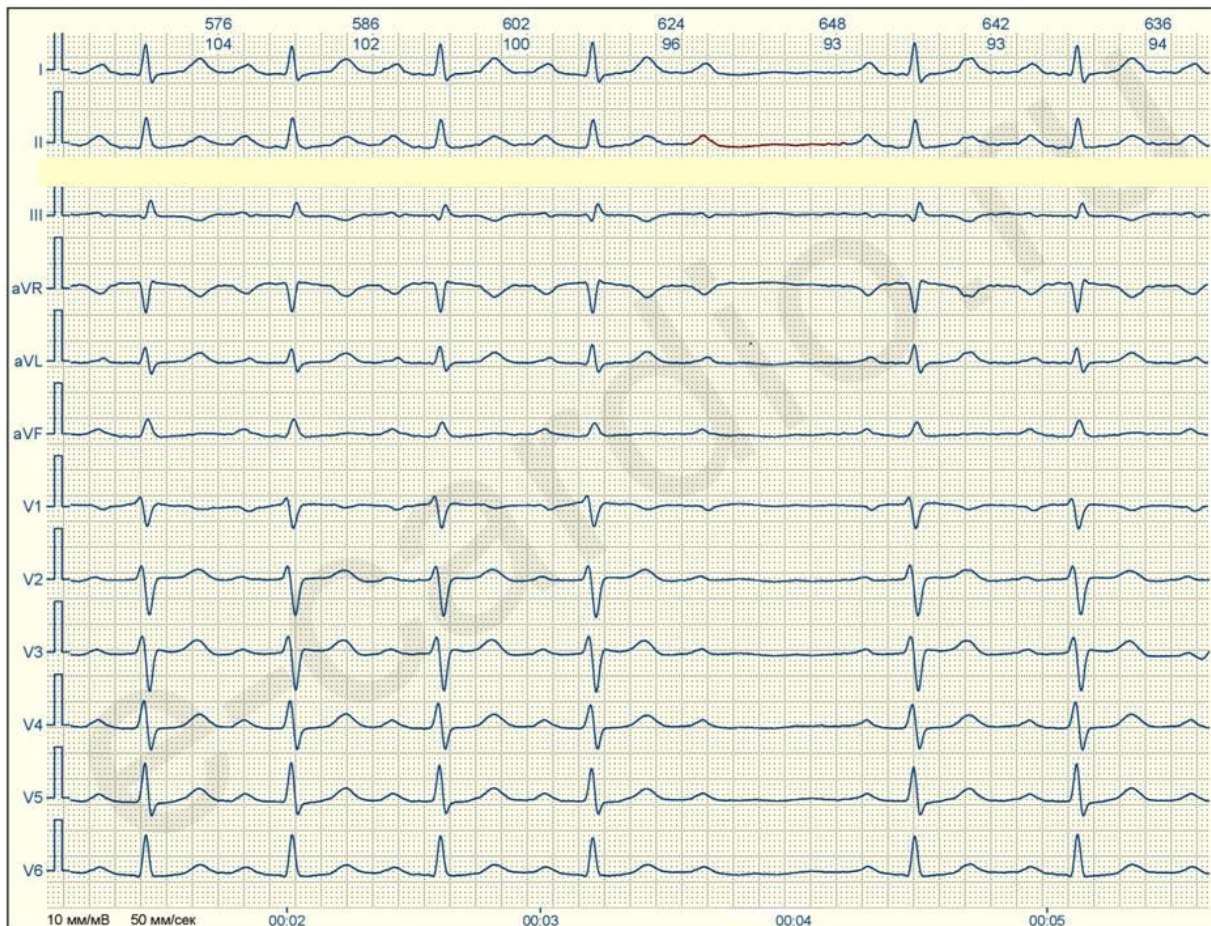
Больной 65 лет, пенсионер, поступил в клинику с жалобами на давящие боли за грудиной при обычной физической нагрузке, купирующиеся приемом нитроглицерина через 1-2 мин., чувство нехватки воздуха при подъеме на 1 лестничный пролет. Четыре года назад перенес инфаркт миокарда после чего появились вышеописанные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

Объективно: Акроцианоз, пастозность голеней. В нижних отделах лёгких небольшое количество незвучных мелкопузырчатых хрипов. Тоны сердца глухие,

аритмичные. ЧСС 42 ударов в мин., Рс 42 в мин. АД 110/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2 см ниже реберной дуги, край ее ровный, закругленный, слегка болезненный при пальпации.

Клинический и биохимический анализы крови без отклонений от нормы.

Записана ЭКГ (см. ниже).



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 34

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

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

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

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

Объективно: Состояние удовлетворительное, кожные покровы лица бледно-землистого цвета. Рост 180 см, вес 110 кг. Выглядит старше своих лет. В легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Пульс на лучевых артериях удовлетворительного качества с частотой 90 в мин, пальпируется сосудистая стенка вне пульсовой волны. АД 130/90 мм рт.ст. Граница сердца в пределах нормы, тоны приглушены. Акцент II тона над аортой. Живот без особенностей.

ЭКГ прилагается.



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 35

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

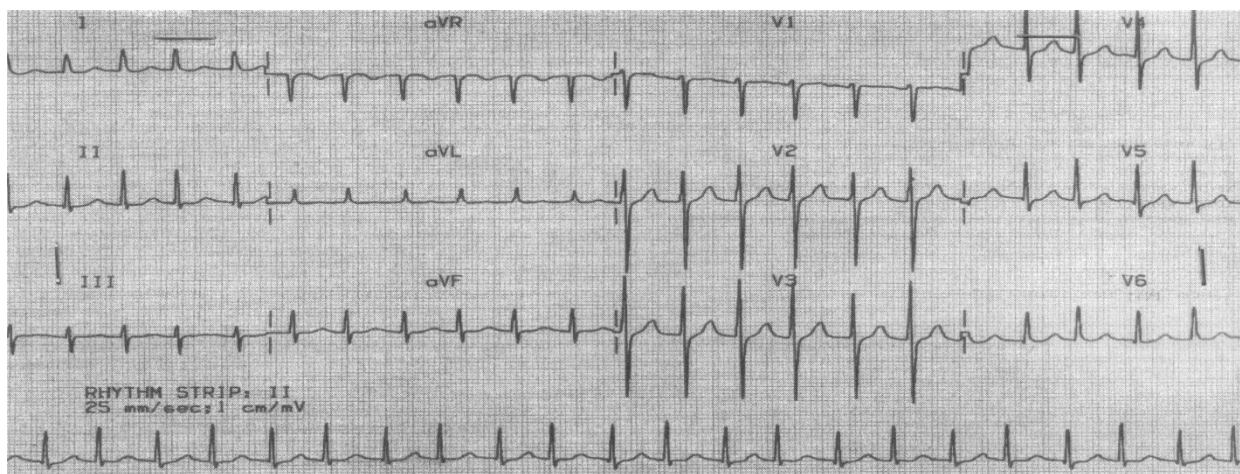
Больной З., 35 лет, водитель автобуса, обратился к врачу с жалобами на приступы давящих болей за грудиной, возникающие при обычной ходьбе на 200-300 м, подъеме на 1 этаж по лестнице, купируются в покое через 10-15 мин., сопровождаются слабостью, одышкой, головокружением. Считает себя больным около 3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

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

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

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

1. Общий анализ крови: Hb – 136 г/л, эритроциты – $4,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $5,7 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 4%, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 52%, лимфоциты – 35%, моноциты – 6%; СОЭ – 6 мм/ч.
2. Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, pH кислая, удельный вес 1016; белок, сахар – нет, лейкоциты – 1-2, эпителий – 2 в поле зрения, эритроциты, цилиндры, соли – нет.
3. Биохимический анализ крови: билирубин общий – 8,8 мкмоль/л, креатинин – 0,096 ммоль/л (N 0,014-0,44), глюкоза – 4,3 ммоль/л, общий холестерин – 5,0 ммоль/л, калий – 3,9 ммоль/л (N 3,4-5,3)
4. ЭхоКГ: ПЖ - 20 мм (норма до 23 мм), КДР ЛЖ – 53 мм (норма до 55 мм), КСР ЛЖ – 26 мм (норма до 35 мм), ЛП - 41 мм (норма до 40 мм), МЖП – 21 мм (норма до 11 мм), ЗСЛЖ – 10 мм (норма до 11 мм); ФВ - 70% (N 60-70%); Ao - 35 мм. Переднесистолическое движение передней створки митрального клапана и соприкосновение ее в диастолу с МЖП, среднесистолическое прикрытие створок клапана аорты. Трикуспидальный клапан, клапан легочной артерии - без изменений.
5. ЭКГ:



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 36

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

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

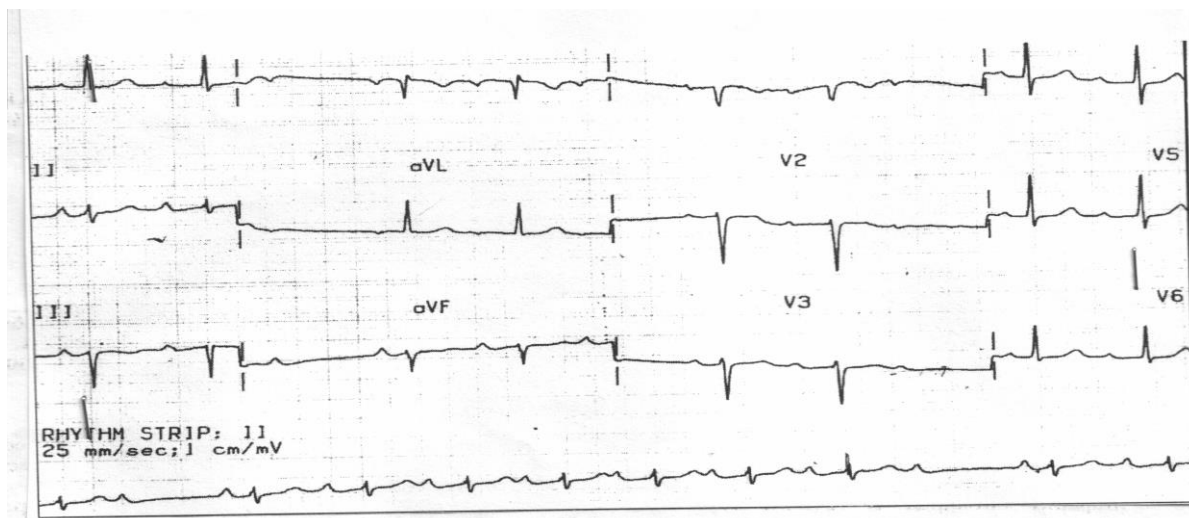
Объективно: акроцианоз, отеки стоп и голеней, холодные на ощупь. Рост 170 см, вес 105 кг. В нижних отделах лёгких небольшое количество незвучных мелкопузырчатых хрипов. ЧД 24 в мин. Тоны сердца глухие, аритмичные. ЧСС 42 в мин., Ps 42 в мин. неритмичный. АД 100/65 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный,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

Клинический анализ крови без отклонений от нормы. В биохимическом анализе крови билирубин 21,4 ммоль/л за счет прямой фракции, холестерин 6,8 ммоль/л, глюкоза крови 5,5 ммоль/л, калий крови 3,7 ммоль/л (3,4-5,3), натрий 135 ммоль/л (130-156).

ЭХО-КГ : дилатация ЛП и ЛЖ, ПП, гипокинезия боковой стенки ЛЖ, легочная

гипертензия, ФВ 45%.

Записана ЭКГ (см. ниже).



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 37

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

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

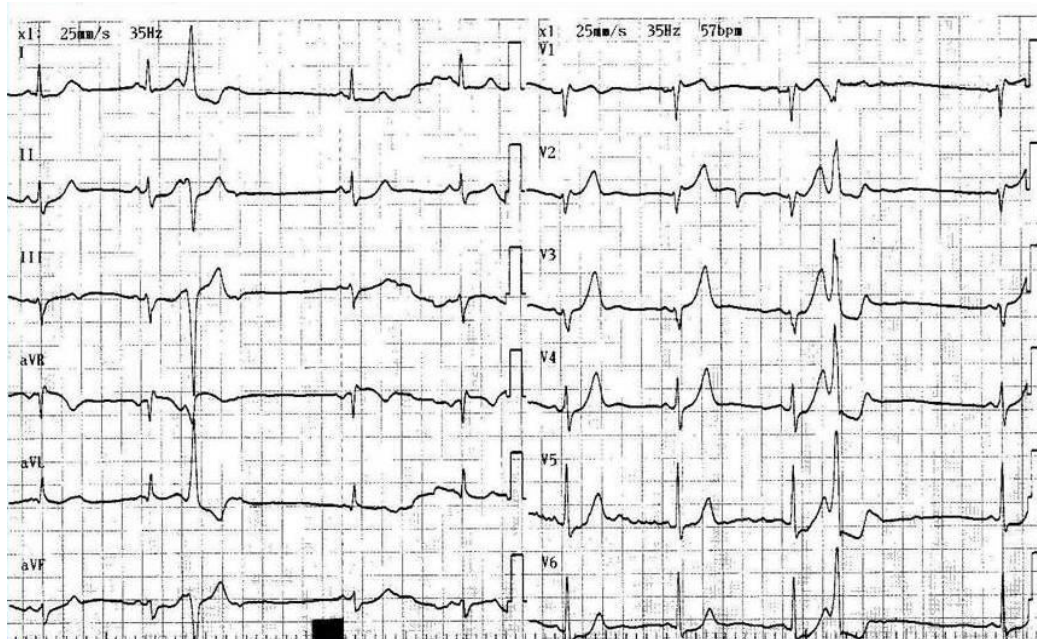
Из анамнеза: С 43 лет страдает артериальной гипертензией. По этому поводу обследовался и был выставлен диагноз гипертонической болезни. В течение 3 лет при ходьбе до 300 метров возникают приступы давящих загрудинных болей с иррадиацией в левую руку, купируются при остановке в течение 3-5 минут, нитроглицерином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

Объективно: Легкий цианоз губ. В легких дыхание везикулярное. Перкуторно границы относительной сердечной тупости располагаются: правая - на 1 см снаружи от правого края грудины; верхняя - на уровне 3 ребра; левая - по СКЛ. Тоны сердца ритмичные, приглушены, единичные экстрасистолы. ЧСС 92 уд в минуту, АД 150/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие

данные:

1. Общий анализ крови: Hb 130 г/л, эритроциты $3,7 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты $7,6 \cdot 10^9/л$, СОЭ 16 мм/час.
2. Общий анализ мочи: удельный вес 1018, белок 0,042 г/л, лейкоциты - единичные в поле зрения.
3. Биохимический анализ крови: глюкоза 5,0 ммоль/л, холестерин 5,8 ммоль/л, общий белок 50 г/л, общий билирубин 22,5 ммоль/л, АСТ 10 (1-39 Ед/л), АЛТ 15 (1-40 Ед/л), мочевины 8,3 ммоль/л, креатинин 0,14 ммоль/л, натрий 151,0 ммоль/л (130-156), калий 2,9 ммоль/л (3,4-5,3).
4. ЭХО-КС: ПЖ 2,2 см (норма 2,3), МЖП 1,2 см (норма 0,8-1,1), ЗСЛЖ 1,2 см (норма 0,8-1,1), КДРЛЖ 5,5 (норма 5,5), КСРЛЖ 3,4 (норма 3,5), ЛП 4,2 см (норма 4,0). Фракция выброса 56% (норма 60-80%).
5. ЭКГ:



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 38

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

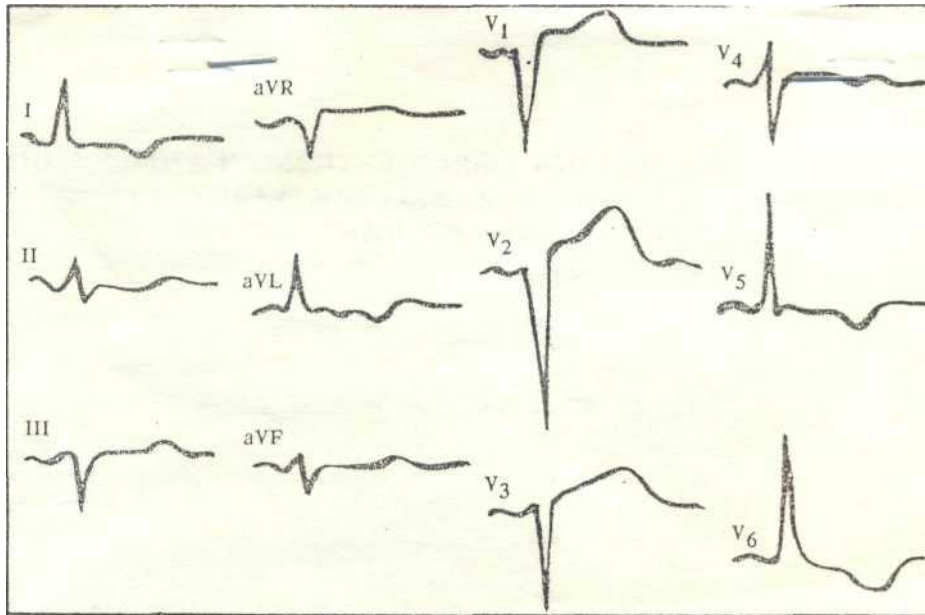
Больной М., 72 лет пенсионер, обратился к врачу с жалобами на головные боли, головокружение, шум в ушах, повышение АД до 210/120 мм рт ст.

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

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

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные:

1. Общий анализ крови: Hb 145 г/л. Эритроциты $4,5 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты $7,9 \cdot 10^9/л$, СОЭ 12 мм/час, ЦП 1,0.
2. Общий анализ мочи: удельный вес 1020, белок 0,033 г/л, лейкоциты единичные в поле зрени, единичные гиалиновые цилиндры.
3. Биохимический анализ крови: глюкоза 5,2 ммоль/л, холестерин 7,2 ммоль/л, мочевины 9,0 ммоль/л, креатинин 0,13 мкмоль/л, калий 5,3 ммоль/л (3,4-5,3), натрий 135 ммоль/л (130-156)
4. Изотопная ренография: умеренное снижение секреторной и экскреторной функции правой почки.
5. Осмотр глазного дна: ангиопатия сосудов сетчатки
6. ЭХО-КГ: ПЖ-2,1 см (норма 2,3), МЖП-1,25 см (норма 1,0 см), ЗСЛЖ-1,25 см (норма 1,0 см), КДРЛЖ -5,8 см (норма 5,5), КСРЛЖ -3,7 см (норма 3,5). Фракция выброса 54% (норма 60-80%). Кальциноз митрального, аортального клапанов.
7. ЭКГ прилагается:



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 39

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

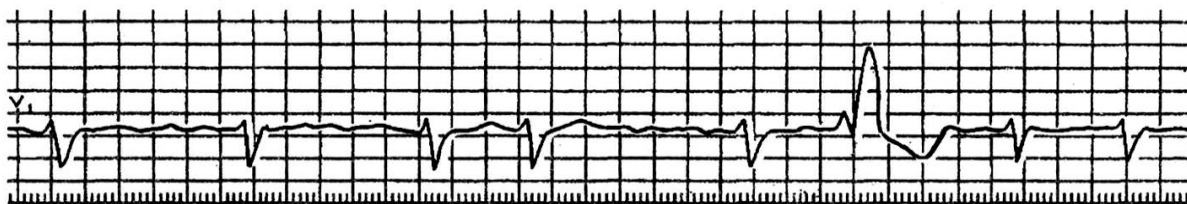
Больной Н., 37 лет, тракторист, обратился с жалобами на перебои в работе сердца, одышку смешанного характера при обыденной физической нагрузке, приступы удушья в ночное время, общую слабость. Ранее чувствовал себя вполне удовлетворительно, активно занимался спортом (лыжи, туризм). Болен в течение 6 месяцев,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

Объективно: Состояние средней степени тяжести, положение в постели вынужденное с приподнятым головным концом. Кожные покровы бледные, акроцианоз, цианоз губ. Отеки до средней трети голеней. Одышка в покое (ЧД 24 в мин.). Дыхание везикулярное, мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах легких. Отмечается пульсация и набухание шейных вен. АД 100/70 мм рт.ст. Левая граница относительной сердечной тупости смещена до передней подмышечной линии. Тоны сердца глухие, 105 в

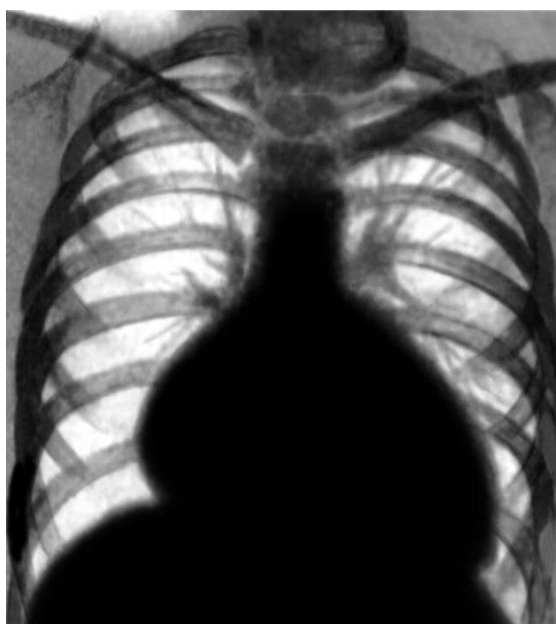
мин., ритм неправильный, акцент II тона на легочной артерии; выслушивается систолический шум на верхушке без проведения, над мечевидным отростком. Печень на 3 см ниже края реберной дуги, поверхность ее ровная, плотная, слегка болезненная при пальпации, край закруглен.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

1. Анализ крови: Hb 108 г/л, эритроциты – $3,04 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $4,6 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 10%, сегментоядерные нейтрофилы – 52%, лимфоциты – 32%, моноциты – 1%; СОЭ – 19 мм/ч.
2. Анализ мочи: желтая, прозрачная, pH щелочная, удельный вес 1012, белок – 0,033 г/л, сахар – нет, лейкоциты – 0-1, эпителий, эритроциты, цилиндры, соли - нет.
3. Биохимический анализ крови: глюкоза крови - 5,6 ммоль/л, калий – 4,8 ммоль/л (3,4-5,3), общий билирубин – 23,0 мкмоль/л, креатинин – 0,13 ммоль/л, протромбиновый индекс – 106%, фибриноген – 4,0 г/л.
4. ЭхоКГ: МЖП – 10 мм (норма до 11 мм), ЗСЛЖ – 10 мм (норма до 11 мм), КДР ЛЖ – 69 мм (норма до 55 мм), КСР ЛЖ – 55 мм (норма до 35 мм), ФВ 35% (норма 60-70 %). ПЖ - 33 мм (норма до 23 мм), ЛП – 50 мм (норма до 40 мм). Гипокинезия задней стенки ЛЖ и межжелудочковой перегородки. Аорта 36 мм. МК: створки не изменены, регургитация III степени. ТК: створки не изменены, регургитация III степени.
5. ЭКГ:



6. Рентгенологическое исследование грудной клетки:



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 40

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

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

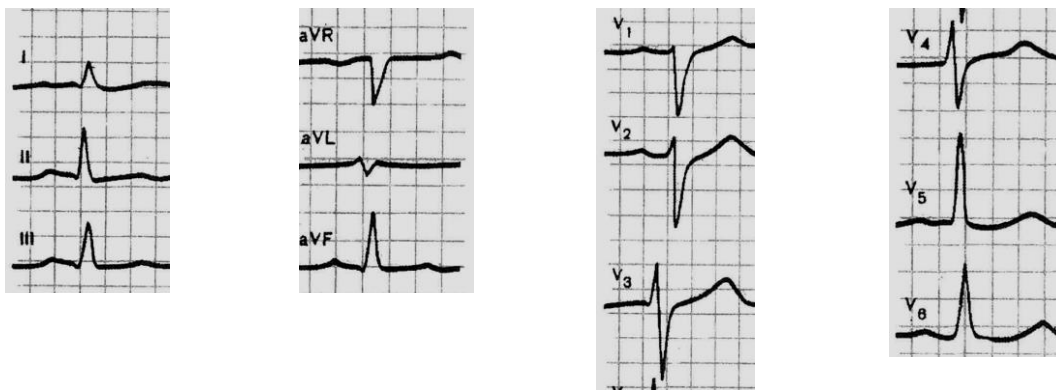
Анамнез заболевания: Считает себя больным в течение 2 лет, когда впервые стал отмечать появление этого характера болей за грудиной вначале при быстрой ходьбе или при психоэмоциональных ситуациях. Врачом было назначено лечение, однако лекарства принимал нерегулярно. Со временем боли стали появляться при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

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

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

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

1. Общий анализ крови: Hb 140 г/л, эритроциты – $4,8 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,9, лейкоциты – $5,7 \times 10^9$ /л, э – 4%, п/я – 3%, с/я – 52%, лф – 35%, м – 6%; СОЭ – 6 мм/ч.
2. Общий анализ мочи: обычный цвет, прозрачная, рН кислая, удельный вес – 1018; белок, сахар не обнаружены, лейкоциты – 1-2 п/зр, эпителий 2-4 в п/зр, эритроциты, цилиндры, соли не выявлены.
3. Креатинин – 0,088 ммоль/л, АСТ – 10 Ед/л (5-37), АЛТ – 12 Ед/л (4-42), общий холестерин – 6,2 ммоль/л, калий – 3,7 ммоль/л (3,4-5,3).
4. ЭКГ:



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

Вопросы:

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

Ситуационная задача № 41

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

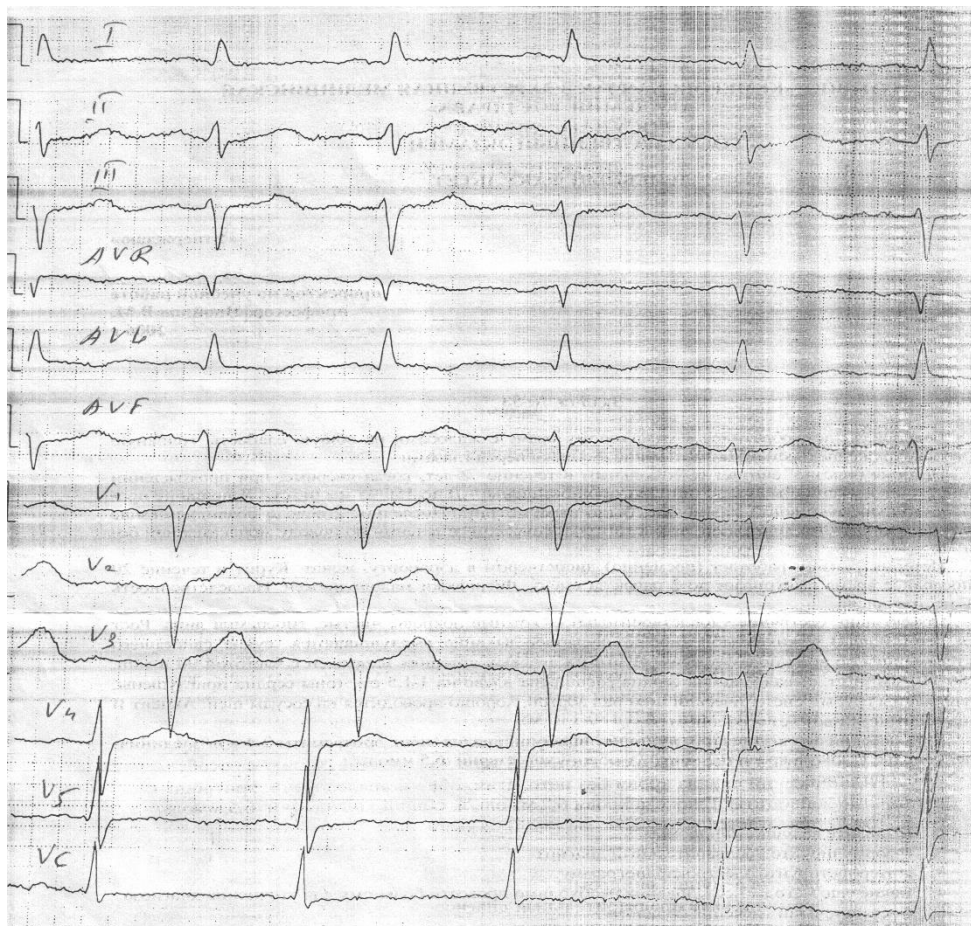
Больной 47 лет, обратился к участковому врачу с жалобами на общую слабость, головную боль, головокружение, временами мелькание «мушек» перед глазами. История болезни: считает себя больным в течение 2 лет, когда впервые, при прохождении медицинской комиссии, было зарегистрировано повышение АД до 150/95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

Объективно: Состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, гиперемия лица. Рост 175 см, вес 100 кг. В легких ослабленное везикулярное дыхание, выслушиваются сухие, свистящего характера хрипы по всем полям легких. Пульс на лучевых артериях напряжен с частотой 90 в мин, АД 180/110 мм рт. ст., тоны сердца

приглушены. I тон усилен на верхушке. Акцент II тона на аорте. Живот без особенностей. Симптом поколачивания положительный слева.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

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



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 42

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

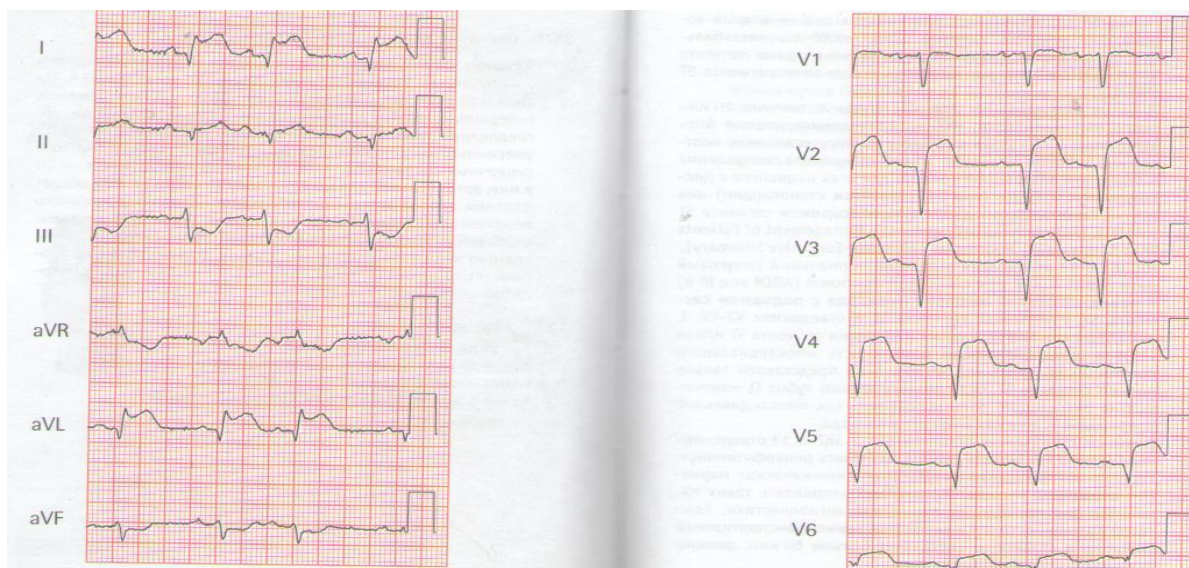
Больной Б., 47 лет, менеджер строительной фирмы, госпитализирован с жалобами на интенсивную жгучую, давящую боль в грудной клетке в течение 1,5 часов, с иррадиацией в левое плечо и шею, слабость, головокружение, выраженную испарину, одышку в покое.

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

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

Дополнительные методы обследования:

1. Общий анализ крови: Hb-145 г/л, лейкоциты – $10 \cdot 10^9$ /л, эритроциты – $4,5 \cdot 10^{12}$ /л; СОЭ – 5 мм/ час.
2. Биохимический анализ крови: глюкоза крови – 12 ммоль/л, креатинкиназа-МВ фракция – 95 Е/л (N=25 Е/л), тропонин Т – 0,8 нг/мл (N до 0,1 нг/мл); общий холестерин – 7,7 ммоль/л, холестерин липопротеинов низкой плотности – 5,2 ммоль/л (<1,8 ммоль/л);
3. ЭхоКГ: фракция выброса левого желудочка – 35% (N=60-70%), регургитация на митральном клапане III, гипертрофия миокарда левого желудочка.
4. Рентгенологически в легких венозный застой III степени, тень сердца расширена влево.
5. ЭКГ на этапе СМП:



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 43

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

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

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

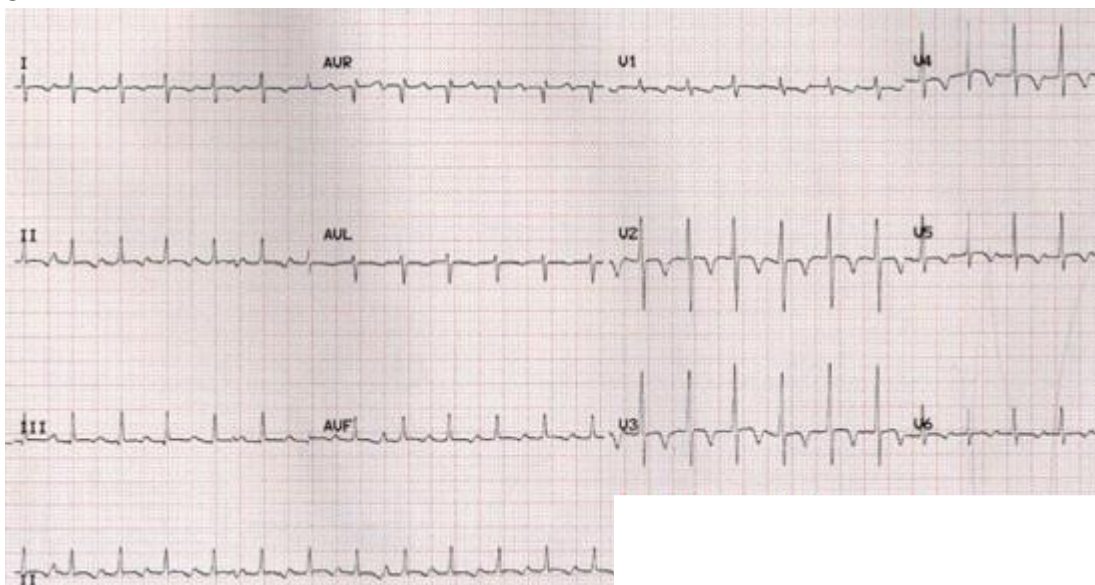
При лабораторных и инструментальных исследованиях, проведенных на дому,

выявлены следующие данные:

1. Клинический анализ крови: СОЭ 20 мм/ч, Нб 145 г/л, лейкоциты $8,4 \times 10^9/\text{л}$.
2. Рентгенологическое исследование грудной клетки:



3. ЭКГ:



Вопросы:

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

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

Ситуационная задача № 44

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

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

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

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

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

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

1. Анализ крови: Hb- 105 г/л; эритроциты - $3,14 \times 10^{12}$ /л; ЦП- 096; СОЭ – 60 мм/ч; лейкоциты - $15,1 \times 10^9$ /л; э -2%; п/я -10%; с/я -55%; лф -28%; м-5%.
2. Анализ мочи: обычного цвета; уд.вес – 1028; белок -0,042 г/л; сахар – отсутствует; лейкоциты -2-5 в поле зрения; эритроциты – 25-30 в поле зрения.
3. Креатинин 0,10 ммоль/л; общий белок -58 г/л; α_1 - 8%; α_2 -12%; β -7%; γ -23%; СРБ -12 мг/л (1-6)
4. ЭКГ - синусовая тахикардия (110 в мин.), левограмма, ГЛЖ.
5. Рентгенограмма ОГК.



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 45

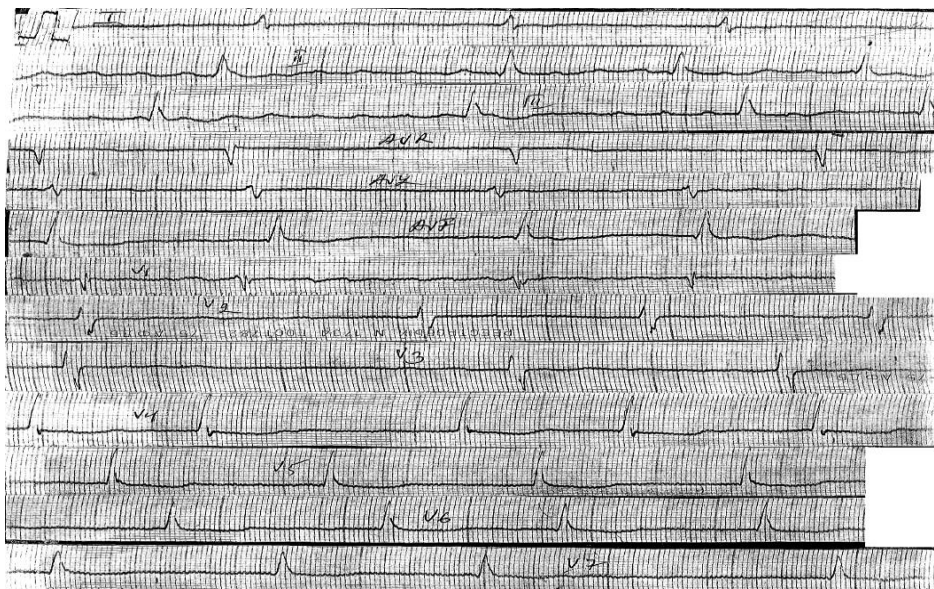
ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17

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

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

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

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



4. Рентгенограмма ОГК:



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 46

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

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

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

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

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

1. Общий анализ крови: Hb - 90 г/л, эритроциты – $2,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $8,8 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 3%, палочкоядерные - 5%, сегментоядерные - 33%, лимфоциты - 50%, моноциты - 9%, СОЭ - 58 мм/час, тромбоциты – $418,1 \times 10^9$ /л.
2. Биохимическое исследование крови: ревматоидный фактор 104 МЕ/мл (N до 16 МЕ/мл), фибриноген - 6,6 г/л (2-4), общий белок – 58 г/л, α_1 – 6%, α_2 – 16%, β – 19%, γ – 27%, СРБ – 18,6 мг/л (N=1-6 мг/л). АЦЦП – 74 Ед/мл (N= до 10 Ед/мл).
3. Рентгенограмма кистей:



Вопросы:

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

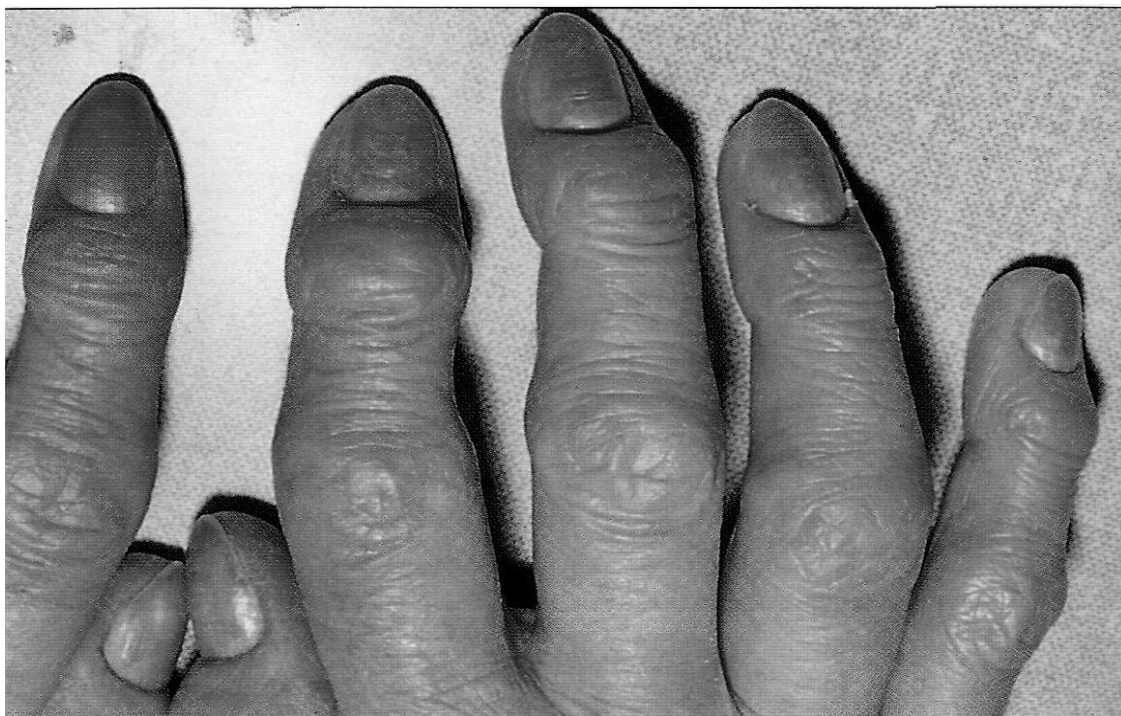
Ситуационная задача № 47

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

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

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

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



При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

1. Общий анализ крови: Hb - 130 г/л, лейкоциты - $6,7 \times 10^9/\text{л}$: эозинофилы - 3%, палочкоядерные - 4%, сегментоядерные - 57%, лимфоциты - 30%, моноциты - 6%, СОЭ-20 мм/ч.
2. Рентгенография коленных суставов: сужение суставных щелей, субхондральный склероз, краевые остеофиты.
3. Рентгенография кистей: многочисленные остеофиты на краях суставных поверхностей, умеренно выраженное сужение суставных щелей, остеосклероз.

Вопросы:

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

Ситуационная задача № 48

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

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

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

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

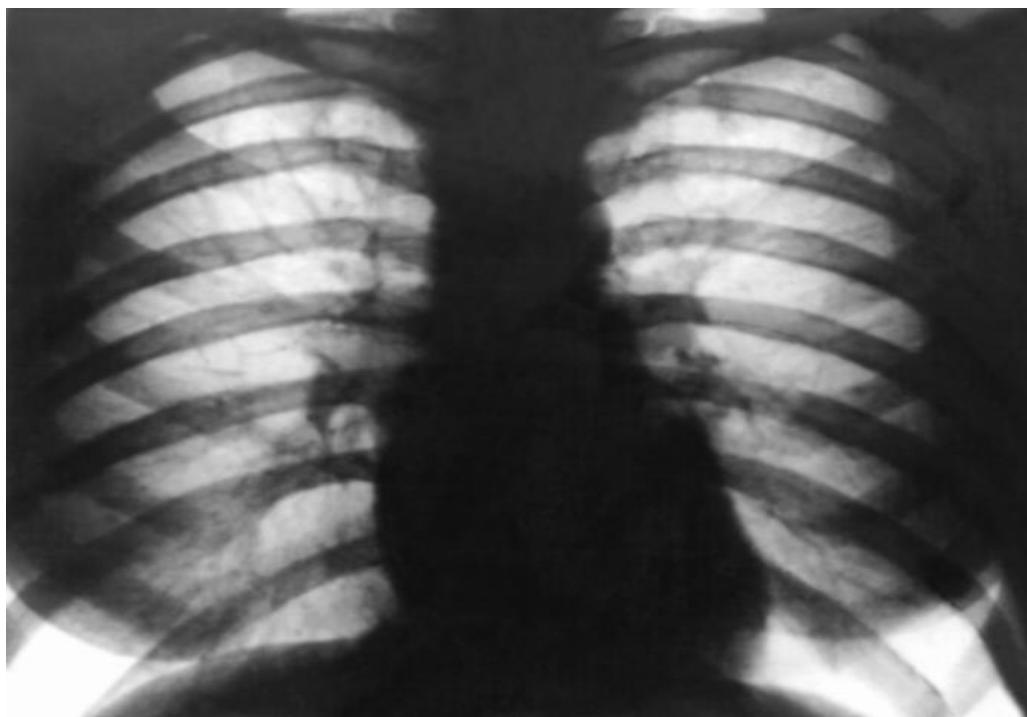
1.Общий анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, эритроциты - $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $12,1 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 3%, палочкоядерные - 8%, сsegmentоядерные - 53%, лимфоциты - 30%, моноциты - 6%, СОЭ - 37 мм/час.

2.Общий анализ мочи: относительная плотность - 1019, белок – нет, лейкоциты – 3-4, эпителий - 1-2 в поле зрения.

3.Фибриноген - 6,2 г/л (2-4), общий белок – 57 г/л, α_1 – 6%, α_2 – 14%, β – 18%, γ – 28%, СРБ – 7,5 мг/л (N=1-6 мг/л).

4.ЭКГ: P-mitrale

5.Рентгенограмма прилагается



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 49

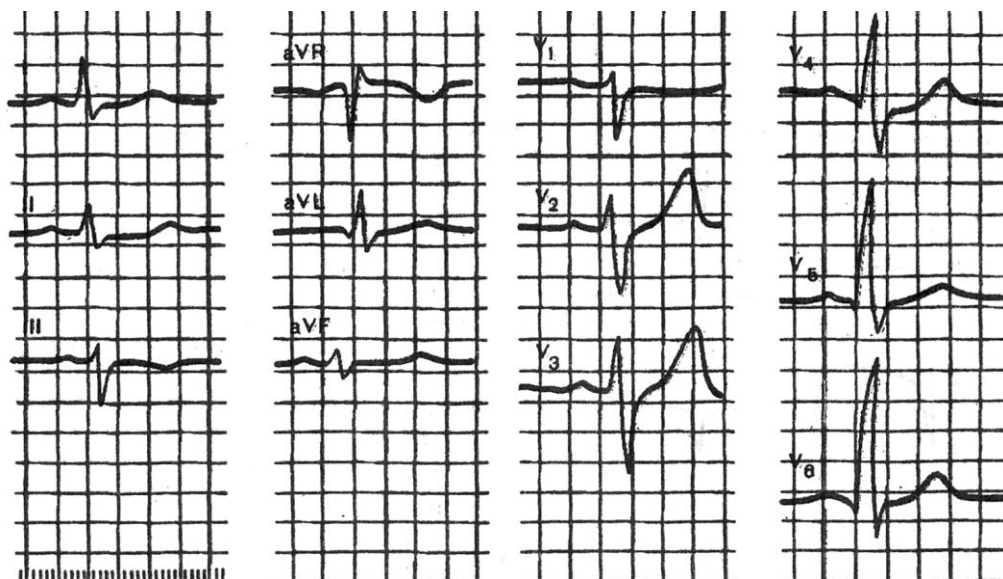
ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17

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

Объективно: Кожа бледная. Отёков нет. ЧД 20 в мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Усиленная пульсация сонных артерий, кивающие движения головы. Пульс на лучевых артериях скорый, высокий. На бедренных артериях слышен двойной шум. ЧСС 98 в мин. АД 170/40 мм рт.ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены, I тон на верхушке и II тон на аорте ослаблены. Над аортой выслушивается мягкий убывающий диастолический шум, проводящийся область Боткина - Эрба, лучше выслушивается при наклоне вперёд и глубоком выдохе. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10×9×6 см.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

1. Общий анализ крови: гемоглобин – 140 г/л, эритроциты – $4,7 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $6,0 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 70%, лимфоциты - 20%, моноциты - 2%. СОЭ – 6 мм/ч.
2. Общий анализ мочи: относительная плотность-1016, белок – нет, лейкоциты – 1-3, эпителий – 1-3 в поле зрения, эритроциты, цилиндры – нет.
3. Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,5 ммоль/л, холестерин – 4,8 ммоль/л, креатинин – 0,1 ммоль/л.
4. ЭКГ (см. ниже).



5. Рентгенограмма ОГК :



Вопросы:

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

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

Ситуационная задача № 50

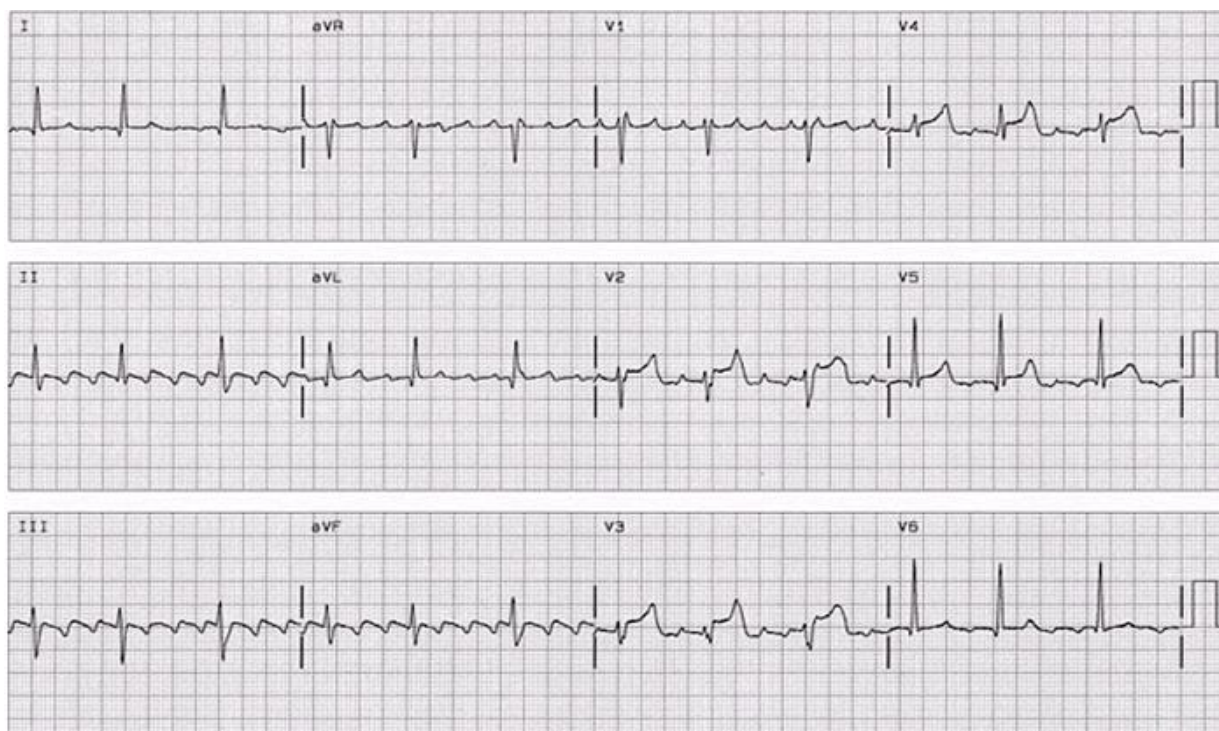
ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17

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

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

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

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



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 51

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

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

Заболел 6 лет назад, когда внезапно возникли боли, припухлость и покраснение I плюснефалангового сустава слева. За медицинской помощью не обращался, самостоятельно принимал нимесулид в течение 7 дней с хорошим эффектом (боли, гиперемия и припухлость полностью купировались). В дальнейшем стал отмечать эпизоды болей в I плюснефаланговых суставах в среднем 2 раза в год, преимущественно после употребления алкоголя и мясной пищи в больших дозах. Постепенно присоединились боли в голеностопных и коленных суставах, которые самостоятельно купировал приемом нимесулида. Настоящее ухудшение в течение последних 10 дней: появились боли и припухлость плюснефаланговых суставов правой и левой стопы, над вышеуказанными суставами – гиперемия кожи, эффект от приема нимесулида был

минимальным. Через 3 дня от начала настоящего обострения заболевания стали беспокоить приступообразные боли в правом подреберье с иррадиацией на внутреннюю поверхность бедра и наружные половые органы, по поводу чего неоднократно обращался в СМП и врачами которой было рекомендовано обследование и лечение в амбулаторном порядке.

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

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

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



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 52

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

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

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

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

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

1. Общий анализ крови: Нб 100 г/л, эритроциты - $2,9 \times 10^{12}$ /л, ЦП - 0,9; лейкоциты $2,7 \times 10^9$ /л, э- 4%, п/я - 3%, с/я - 62%, л - 25% м - 6%; СОЭ 40 мм/ч, тромбоциты - 88×10^9 /л.
2. Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес 1,016; белок - 0,3 г/л, глюкоза - нет, лейкоциты - 1-2, эпителий почечный - 2-4 в поле зрения, эритроциты - 3-6 в поле зрения, цилиндры гиалиновые - 5-8, цилиндры восковидные 2-3 в поле зрения, соли - нет.
3. Биохимическое исследование крови: билирубин общий - 38,8 мкмоль/л, прямой - 8,2, не прямой - 30,6 мкмоль/л, креатинин - 0,09 ммоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, АСТ - 10 Ед/л (норма 5-37 Ед/л), АЛТ - 12 (норма 4-42 Ед/л), холестерин - 4,0 ммоль/л, калий - 3,9 ммоль/л, общий белок - 86 г/л, α_1 - 3,5%, α_2 - 10,5%, β - 13,6%, γ - 27,4%, фибриноген - 6,2 г/л, СРБ - 90 мг/л (норма 1-6 мг/л).

4. Антитела к ДНК 40 МЕ/мл (0.00-25.00), антинуклеарный фактор 1:320 (<1:160).

Вопросы:

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

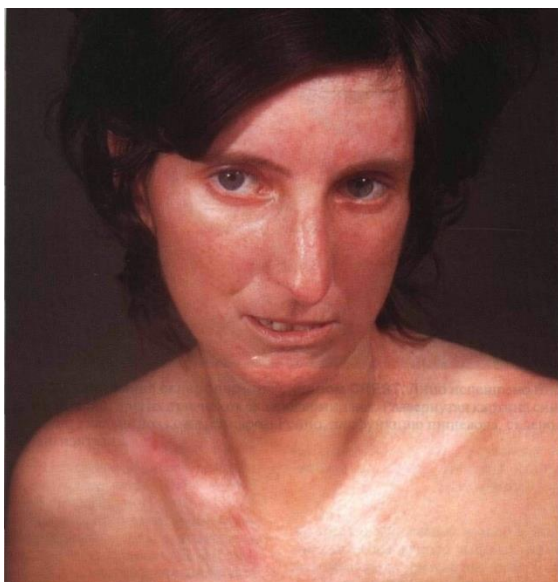
Ситуационная задача № 53

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

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

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

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



При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

1. Общий анализ крови: эритроциты $3,1 \times 10^{12}/л$, Hb 95 г/л, ЦП-0,85; лейкоциты $15,3 \times 10^9/л$; э – 2%, п – 8%, с – 72%, л – 17%, м – 1%; СОЭ 27 мм/ч.
2. Биохимический анализ крови: общий белок 75 г/л; α_1 - 3,8%, α_2 – 12%; β – 12%; γ – 32,2%; фибриноген – 6,6 г/л; СРБ 12 мг/л (норма 1-6 мг/л).
3. LE клетки – отрицательно.

Вопросы:

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

Ситуационная задача № 54

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

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

Заболела остро: 3 дня назад без видимой причины появились боли в коленных и голеностопных суставах, их припухлость и местная гипертермия. Одновременно больная заметила появление симметрично расположенной ярко-красной сыпи на стопах и голенях.

В течение последующих 2 дней сыпь распространилась на бедра и ягодицы, на стопах и голенях в области высыпаний появились пузырьки с кровянистым содержимым. Дважды больная отметила кровянистый цвет мочи. Вчера вечером после еды появились схваткообразные боли в животе, сопровождавшиеся тошнотой, дважды была рвота съеденной пищей, принеся облегчение. Сегодня утром после завтрака вновь возникли боли в животе и тошнота; рвоты не было.

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

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

1. Общий анализ крови: Hb 112 г/л, эритроциты $-3,64 \times 10^{12}/л$, ЦП-0,96; СОЭ - 30 мм/ч, тромбоциты $-260,0 \times 10^9/л$, лейкоциты $20,0 \times 10^9/л$, э - 2%, п/я - 10%, с/я - 55%, л - 28%, м - 5%.
2. Общий анализ мочи: кровянистая, удельный вес - 1028, белок - 0,033 г/л, сахар - нет, лейкоциты - 2-5 в поле зрения, эритроциты - 20-30 в поле зрения, соли - нет.
3. Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты - 2000 в 1 мл, эритроциты - 10000 в 1 мл, цилиндры - 5 в 1 мл.
4. Биохимическое исследование крови: билирубин - 8,8 (2,2/6,6) мкмоль/л, АСТ - 28 Ед/л (норма 5-37 Ед/л), АЛТ - 30 Ед/л (норма 4-42 Ед/л), мочевины - 3,2 ммоль/л, креатинин - 0,10 ммоль/л, глюкоза - 4,1 ммоль/л, общий белок - 70 г/л, альбумины - 49%, глобулины - 51%: α_1 - 8,0%, α_2 - 12%, β - 8%, γ - 23%; СРБ 16 мг/л (норма 1-6 мг/л).
5. ФГДС: геморрагический дуоденит.

Вопросы:

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

Ситуационная задача № 55

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

Больной Д., 29 лет, юрист, обратился к врачу с жалобами на повышение температуры тела до 38,3-39°C, потерю веса на 10 кг за последние 3 месяца, повышение

АД до 260/180 мм рт.ст., снижение зрения, выраженную общую слабость.

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

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

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

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

Вопросы:

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

Ситуационная задача № 56

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

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

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

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

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

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

Лабораторно:

1. Общий анализ крови: СОЭ-46 мм/ч, Hb-129 г/л, эритроциты-4,1x10¹²/л, лейкоциты -18,6x10⁹/л, п/я-11%, с/я-72%, лимфоциты -10%, моноциты -7%.
2. Общий анализ мочи: прозрачная, белок-0,4 г/л; плоский эпителий - ед., лейкоциты -2-3 в поле зрения, эритроциты -0.
3. Общий белок- 56 г/л, глюкоза- 5,2 ммоль/л, креатинин-0,06 ммоль/л, мочевины 3 ммоль/л, АсТ-20, АлТ-17.
4. Рентгенограмма органов грудной клетки:



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 57

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

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

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

Анамнез жизни: без особенностей.

Объективно: Общее состояние больного средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, повышенной влажности. ЧД до 26 в минуту в покое. Грудная клетка: при осмотре симметрична, голосовое дрожание усилено справа в подлопаточной области. При перкуссии легких справа в аксиллярной области, подлопаточной области отмечается притупление перкуторного звука, дыхание здесь же везикулярное ослабленное, выслушивается крепитация. Слева дыхание везикулярное, АД 130/70 мм.рт.ст. Пульс одинаковый с обеих сторон 88 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительных качеств. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичны, частота 88 в минуту. Живот при пальпации мягкий, во всех отделах безболезнен. Печень и селезенка не увеличены. Пузырные симптомы отрицательные. Язык обложен белым налетом, суховат. Физиологические отправления в норме.

Дополнительные методы исследования:

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



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 58

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

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

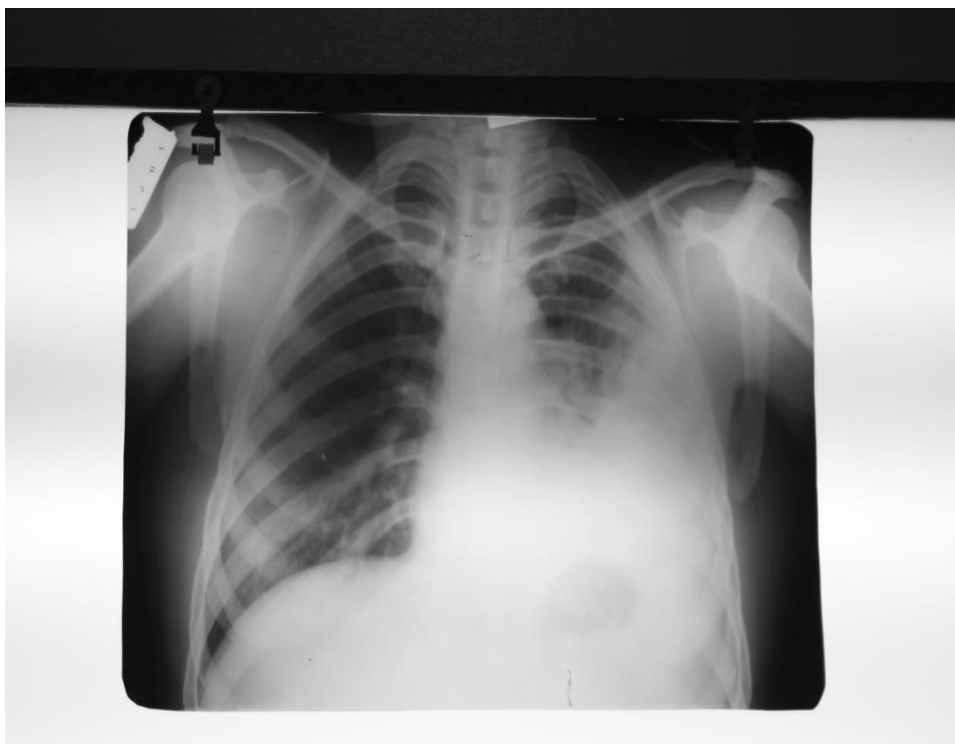
Анамнез заболевания. Заболел остро через 7 дней после перенесенного гриппа (в семье болели все родственники), появился озноб, повышение температуры тела до 39,5°, кашель вначале сухой, затем с мокротой ржавого цвета, боли в грудной клетке слева при дыхании. В поликлинику обратился через 3 дня, т.к. улучшения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

Анамнез жизни: без особенностей.

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

Дополнительные методы исследования:

1. Общий анализ крови: СОЭ – 22 мм. в час, Лейкоциты – $19 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные нейтрофилы – 12%, сегментоядерные нейтрофилы – 72%, лимфоциты – 14%, моноциты – 2%.
2. Общий белок – 69 г/л.
3. КЩС – pO_2 , мм рт. ст. 72 мм рт. ст., SaO_2 80 %.
4. Рентгенограмма органов грудной клетки прилагается.



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 59

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

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

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

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

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

Дополнительные методы исследования:

1. Общий анализ крови: СОЭ -25 мм. в час, Лейкоциты – $8.0 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные нейтрофилы – 12%, сегментоядерные нейтрофилы – 82%, лимфоциты – 4%, моноциты – 2%, гемоглобин – 90г/л.
2. Общий белок – 58 г/л.
3. КЩС – рО₂, мм рт. ст. 60 мм рт. ст., SaO₂ 77 %.
4. Анализ плевральной жидкости: относительная плотность: 1,020; белок – 4%, проба Ривальта (+). БК – не обнаружены. Эритроциты – значительное количество, лейкоциты – много. Формула: э – 1, П – 6, С – 70, Л – 15, М – 6
5. Рентгенограмма органов грудной клетки прилагается.



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 60

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

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

- на приступы удушья (затруднение выдоха) по утрам без четкого эффекта от ингаляторов (b-агониста – беротека);
- иногда обращал внимание на окрашенную желтым цветом слюну с горьким привкусом в утренние часы;
- на изжогу в утренние часы.

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

Анамнез жизни: Наследственность по бронхиальной астме не отягощена. Аллергологический анамнез спокоен.

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

Дополнительные методы обследования:

1. Фибробронхоскопия: Без патологии.
2. ЭКГ: Синусовый ритм с частотой 88 в минуту.
3. ФВД с фармакологической пробой (беротеком): ОФВ₁ до пробы – 65% от должной величины, после фарм. пробы ОФВ₁ – 85% от должной величины. Индекс Тиффно составил до пробы – 0,65, после пробы – 0,7.
4. Рентгенография органов грудной клетки: Без инфильтративных изменений. Синусы свободны. Сердце – без особенностей.

Вопросы:

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

Ситуационная задача № 61

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

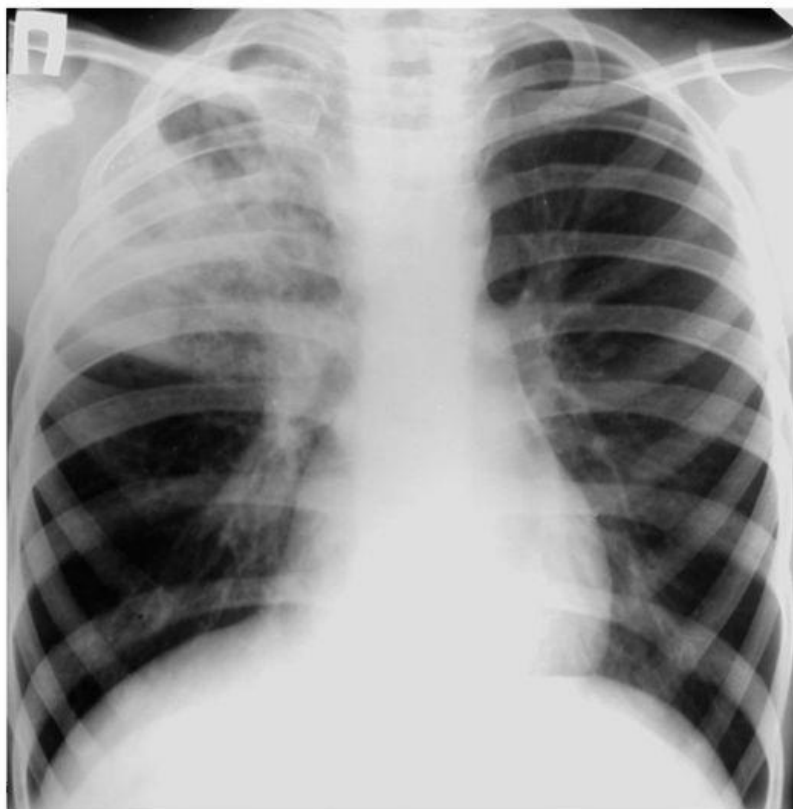
Больная Г., 26 лет, экономист, поступила в стационар с жалобами на резкую слабость, повышение температуры до 38,6 С, изнурительный кашель с небольшим количеством слизистой мокроты, боли в мышцах, потливость. Заболела 7 дней назад, когда появился субфебрилитет, головная и мышечная боль, першение в горле,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

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

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

Данные лабораторных и инструментальных исследований:

1. Общий анализ крови: эритроциты $4,0 \cdot 10^9$ /л; Нв 120 г/л; лейкоциты $14,6 \cdot 10^9$ /л; э - 0; б - 0; п - 4; с - 61; л - 30; м - 5 %. СОЭ 35 мм/час.
2. Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачная, относительная плотность 1,012; белок не обнаружен, лейкоциты 3-6 в поле зрения, эритроциты 2-3 в поле зрения
3. Проба Нечипоренко: лейкоциты $1,75 \cdot 10^6$ /л; эритроциты $0,75 \cdot 10^6$ /л.
4. Биохимический анализ крови: холестерин 4,5 ммоль/л; креатинин 0,11 ммоль/л; общий белок 68 г/л (альбумины 50 %, альфа1 – 6 %, альфа2 – 14 %, бета – 14 %, гамма – 16 %).
5. Рентгенограмма органов грудной клетки прилагается.



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

Вопросы:

7. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
8. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного.
9. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
10. Составьте программу лечения.
11. Назовите критерии и методы оценки эффективности терапии.
12. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определите трудоспособность.

Ситуационная задача № 62

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

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

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

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

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

Дополнительные методы исследования:

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



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 63

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

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

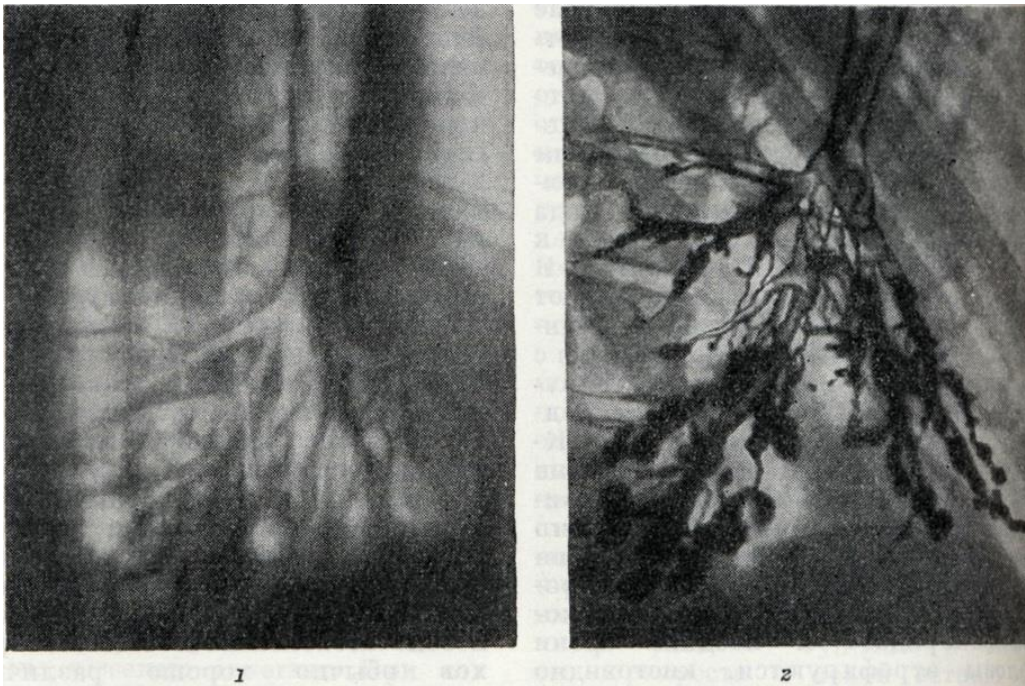
Анамнез заболевания. Заболел 9 дней назад после переохлаждения, появилось повышение температуры тела до 38,5°C, кашель с обильным количеством мокроты «полным ртом» с неприятным запахом. За медицинской помощью не обращался. Принимал самостоятельно аспирин, эффект был кратковременный, температура не снижалась,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

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

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

Дополнительные исследования:

1. Общий анализ крови: СОЭ – 26 мм/ч, Нб – 120 г/л, эритроциты – $4,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $10,8 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 11%, сегментоядерные нейтрофилы – 72%, лимфоциты – 10%, моноциты – 7%.
2. Общий анализ мочи: прозрачная, белок – 0,2 г/л; плоский эпителий – единичные в поле зрения, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, эритроциты – 0 в поле зрения
3. Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, глюкоза – 5,2 ммоль/л, креатинин – 0,09 ммоль/л, мочевины 6,2 ммоль/л, АсТ – 23 Ед/л, АлТ – 12 Ед/л.
4. Рентгенологическое исследование:



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 64

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

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

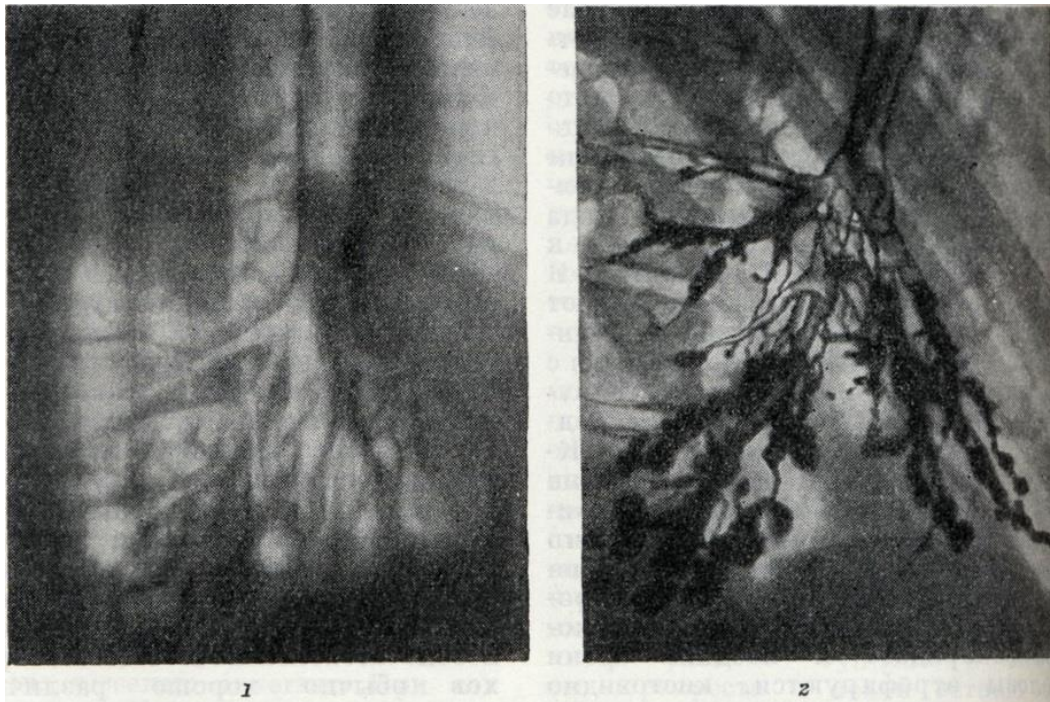
Анамнез заболевания. Заболел остро 7 дней назад после переохлаждения, появилось повышение температуры тела до 38,0°, кашель с обильным количеством мокроты «полным ртом». За медицинской помощью не обращался. Принимал самостоятельно противовирусные препараты, эффект был кратковременный, температура не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

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

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

Лабораторно:

1. Общий анализ крови: СОЭ-16 мм/ч, Нb-131 г/л, эритроциты - $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $9,8 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 6 %, сегментоядерные нейтрофилы - 72%, лимфоциты - 15%, моноциты - 7%.
2. Общий анализ мочи: прозрачная, белок-0,8 г/л, плоский эпителий – единичные в поле зрения, лейкоциты -2-3 в поле зрения, эритроциты -0.
3. Биохимический анализ крови: общий белок - 67 г/л, глюкоза - 4,2 ммоль/л, креатинин - 0,10 ммоль/л, мочевины - 5 ммоль/л, АсТ - 33 ммоль/л, АлТ - 22 ммоль/л.
4. Рентгенологическое исследование:



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 65

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

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

- на кашель с обильным количеством мокроты желто-зеленого цвета с неприятным запахом;
- на повышение температуры тела до $38,5^{\circ}$ с ознобами;
- на слабость, недомогание.

Анамнез заболевания: Заболел остро, за 7 дней до поступления в стационар. Свое настоящее заболевание связывает с резким переохлаждением, после которого на фоне полного здоровья внезапно появилось повышение температуры тела до $38,9^{\circ}$, с ознобом, одновременно появился сухой кашель. Однако за медицинской помощью пациент не обращался. Самостоятельно в домашних условиях принимал лечение парацетамолом и травами (солодка, шалфей, зверобой, ромашка, календула). На фоне фитотерапии положительной динамики не было, сохранялась повышенная температура тела до $38,5-39^{\circ}$.

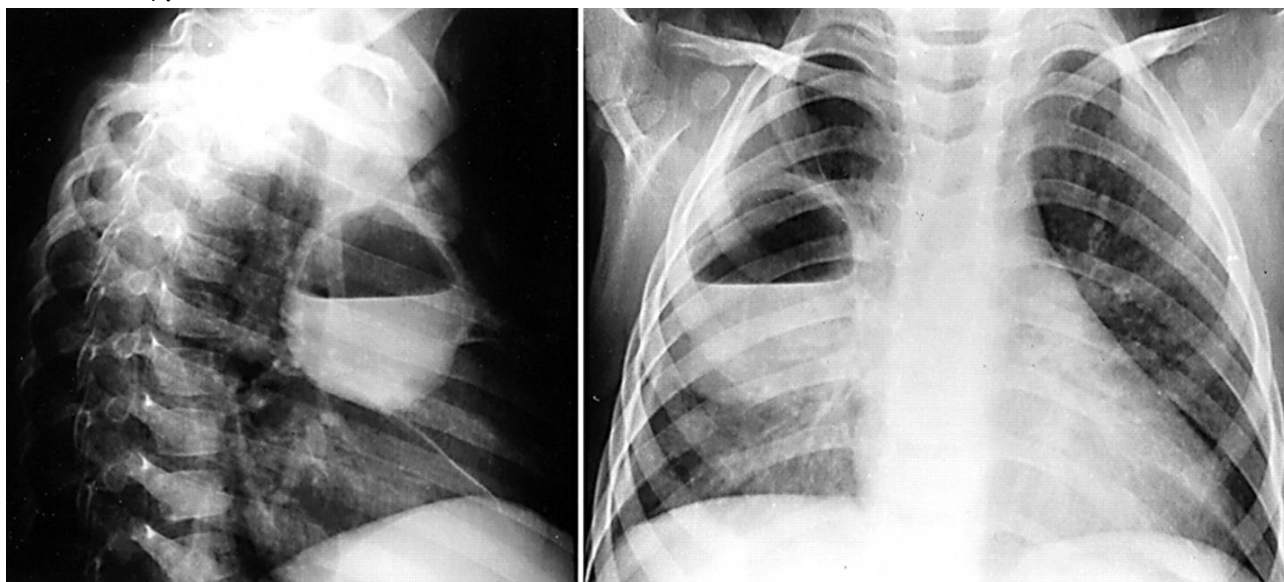
На 5-й день от начала заболевания появился продуктивный кашель с мокротой желтого цвета в умеренном количестве. Однако на 7-е сутки от начала заболевания резко увеличилось количество мокроты, появился неприятный запах, а затем одномоментно выделилось около 1 стакана желтой мокроты. С этого момента температура начала снижаться, уменьшилась интоксикация. Однако сохранялся кашель с обильным количеством зловонной мокроты, что заставило больного вызвать бригаду «Скорой помощи», и пациент был доставлен в стационар.

Анамнез жизни: без особенностей.

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

Дополнительные методы исследования:

1. Общий анализ крови: СОЭ -45 мм. в час, гемоглобин 120 г/л, лейкоциты – 24×10^9 /л, палочкоядерные нейтрофилы – 12%, сегментоядерные нейтрофилы-82%, лимфоциты-4%, моноциты-2%.
2. Общий анализ мочи: относительная плотность -1,018; сахар, белок - не обнаружен, лейкоциты – 0-1 в поле зрения. Эритроциты – 0-1 в поле зрения.
3. Общий белок – 58 г/л.
4. КЩС - рО₂ 70 мм рт. ст.
5. Пульсоксиметрия: SaO₂ 86 %.
6. Рентгенограмма органов грудной клетки прилагается.
- 7.



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 66

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

Больной 35 лет, менеджер, предъявляет жалобы на приступы удушья на выдохе в покое в ночное время суток и в ранние предутренние часы.

Анамнез заболевания: Подобные жалобы появились впервые 7 дней назад, когда пациент заболел ОРВИ с повышением температуры тела до 38,6, по поводу чего принимал аспирин 1000мг в сутки. С 15 летнего возраста полипозный риносинусит, в связи с чем постоянно имеется заложенность носа, отсутствие восприятия запахов.

Анамнез жизни: Травм, операций не было. Аллергические реакции на прием цитрусовых в виде зуда кожи. Не курит, Наследственность отягощена – приступы удушья по материнской линии у тети.

Объективно: Состояние удовлетворительное, правильного телосложения, удовлетворительного питания, кожные покровы и слизистые нормальной окраски. Носовое дыхание затруднено, определяется болезненность при поколачивании гайморовых пазух. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в дыхании, ЧД - 19 в 1 минуту. Голосовое дрожание проводится равномерно. Перкуторный звук ясный легочный над всеми отделами легких. Дыхание везикулярное, в вертикальном положении - сухие свистящие хрипы. Границы сердца в пределах нормы. АД - 110/60 мм рт. ст. ЧСС - 84 в 1 мин. Тоны ясные, ритм правильный. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Дополнительные исследования

1. Общий анализ крови: СОЭ 10 мм/час, эритроциты $4,1 \times 10^{12}/л$, Нв-129 г/л, лейкоциты $6,3 \times 10^9/л$, Э-5 %, П-3 %, С-67 %, Л-24 %, М-3%, тромбоциты – $199 \times 10^9/л$.
2. Биохимический анализ крови: глюкоза 5,1 ммоль/л
3. Рентгенограмма органов грудной клетки. Легкие без очаговых и инфильтративных изменений. Корни не расширены, структурны. Диафрагма расположена обычно. Сердце без особенностей.

Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного.
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.

5. Назовите критерии и методы оценки эффективности терапии.
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определите трудоспособность.

Ситуационная задача № 67

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

Больной, 35 лет, диспетчер, предъявляет жалобы на чувство сдавления и дискомфорта в грудной клетке, удлинение и затруднение выдоха, «свисты» в груди при выходе из теплого помещения на холодный воздух.

Анамнез заболевания: Подобные жалобы возникают периодически 5-6 раз в году в течение 3-х лет, больной связывает заболевание с переохлаждением, вирусной инфекцией. Более 5 лет отмечает постоянный влажный кашель в утренние часы с небольшим количеством слизистой мокроты, при ОРВИ – иногда вязкой и желтого цвета, труднотделяемой. Не обследовался.

Анамнез жизни: В детстве болел часто ОРВИ, острыми бронхитами, дважды перенес пневмонию. Индекс курения - 8 пачко/лет. Травм, операций не было. Аллергии не отмечает.

Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела – 36,4⁰С. Пациент правильного телосложения, удовлетворительного питания, кожные покровы и слизистые нормальной окраски. Носовое дыхание свободное. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в дыхании, ЧД - 17 в 1 минуту. Голосовое дрожание проводится равномерно. Перкуторный звук ясный легочный над всеми отделами легких. Дыхание везикулярное, в вертикальном положении хрипов нет, лежа - сухие свистящие хрипы при форсированном дыхании. Границы сердца в пределах нормы. АД - 130/80 мм рт. ст. ЧСС - 84 в 1 мин. Тоны ясные, ритм правильный. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. SpO₂ – 98%.

Лабораторно:

1. Общий анализ крови: СОЭ 12 мм/час, эритроциты $4,2 \times 10^{12}$ /л, Нв-133 г/л, лейкоциты $5,3 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 4 %, палочкоядерные нейтрофилы -2 %, сегментоядерные нейтрофилы -70 %, лимфоциты -21 %, моноциты -3%, тромбоциты - 188×10^9 /л.

2. Биохимический анализ крови: глюкоза 4,55 ммоль/л, общий белок 77 г/л, фракции: альбумины - 60%, А1 - 4%, А2 - 10%, В - 12%, Г - 14%, мочевины 6.1 ммоль/л, креатинин 0.10 ммоль/л.

3. Рентгенограмма органов грудной клетки. Легкие без очаговых и инфильтративных изменений. Корни не расширены, структурны. Диафрагма расположена обычно. Сердце без особенностей.

Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного.
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.

4. Составьте программу лечения.
5. Назовите критерии и методы оценки эффективности терапии.
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определите трудоспособность.

Ситуационная задача № 68

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

Больная В., 23 лет, учитель, обратилась к врачу с жалобами на ежедневные приступы удушья ночью и в ранние предутренние часы, особенно затруднен выдох, общую слабость, недомогание. Самостоятельно принимала ингалятор (брала у сестры, отмечала положительный эффект). После приступа отходит небольшое количество вязкой стекловидной мокроты. Сегодня утром приняла 12 вдохов сальбутамола, без эффекта, прошло с момента начала приступа 4 часа.

Анамнез заболевания. Больна 3 года, указанные жалобы возникают ежегодно в июне, в июле все симптомы исчезают. Свое заболевание связывает с потерей близкого человека.

Анамнез жизни. Вредные привычки отрицает. Есть двое сестер: 7-и и 13-ти лет, у которых тоже бывают приступы удушья. У матери и бабушки также отмечались приступы удушья. У больной имеется аллергия на клубнику в виде крапивницы (со слов). У аллерголога ранее не обследовалась. Имеются домашние животные. Объективно: состояние средней тяжести. Больная сидит, опираясь руками о край стула. Кожа чистая, с цианотичным оттенком. Грудная клетка бочкообразная, над- и подключичные области сглажены, межреберные промежутки расширены, отмечается набухание шейных вен, участие вспомогательной мускулатуры, втяжение межреберий. Дыхание громкое, со свистом и шумом, 26 в мин. При перкуссии отмечается коробочный звук, нижняя граница легких по среднеподмышечной линии определяется на уровне 9 ребра, экскурсия легких по этой линии составляет 2 см. На фоне ослабленного везикулярного дыхания с удлинненным выдохом выслушиваются сухие свистящие хрипы. Тоны сердца ритмичные, ясные, 92 в мин., АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено. SpO₂ – 88%.

Дополнительные исследования:

1. Пиковая скорость выдоха при пикфлоуметрии составляет 50% от должной (норма 80-100%).
2. Общий анализ крови: СОЭ 10 мм/час, эритроциты $4,0 \times 10^{12}/л$, Нв-122 г/л, лейкоциты $4,3 \times 10^9/л$, Э-15, П-3, С-57, Л-24, М-3%. Тромбоциты – $209 \times 10^9/л$.
3. Биохимический анализ крови: глюкоза 4,5 ммоль/л

Вопросы:

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

Ситуационная задача № 69

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

Больной Г. 55лет, водитель, поступил в стационар с жалобами на сильную одышку смешанного характера при незначительной физической нагрузке и даже при одевании, кашель с желтой вязкой мокротой до 150 мл/сутки, сердцебиение, слабость, потливость.

Анамнез заболевания: Более 15 лет беспокоит кашель со скудной слизистой мокротой, в основном по утрам, к врачу по этому поводу не обращался. Последние 7 лет появилась одышка при ходьбе на расстояние около 500метров на выдохе, в холодное время ощущает затруднение выдоха и «свисты» в груди. Самостоятельно принимает эуфиллин внутрь. За 12 месяцев до госпитализации трижды находился в стационаре по поводу обострения данного заболевания. Ухудшение состояния 5 дней назад, когда после ОРВИ резко усилилась одышка, ночь спал сидя, увеличилось количество мокроты.

Анамнез жизни: Курит. Индекс курения 120 пачко-лет. Другие вредные привычки отрицает. Аллергологический и гемотрансфузионный анамнез не отягощен.

Объективно: Состояние тяжелое. Кожа влажная, цианоз губ и кончика носа. Температура 36,8⁰С. Подкожно-жировой слой развит слабо. Отеки на голенях до средней трети. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в дыхании. ЧД 28 в минуту. Перкуторный звук мозаичный. При аускультации по всем легочным полям масса сухих хрипов Границы сердца расширены вправо. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 120 в минуту, на легочном стволе - акцент 2 тона. АД 130/70 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. При опросе тест САТ – 32 балла, тест mMRS – 3 балла.

Дополнительные исследования:

1. Общий анализ крови: эритроциты $5,4 \times 10^{12}$ /л; Нв 177 г/л; лейкоциты $10,6 \times 10^9$ /л; э - 0%; б - 0%; п - 5%; с - 70%; л - 20%; м - 5 %. СОЭ 22 мм/час.
2. КЩС - рО₂ 46 мм рт. ст. SpO₂ 78 %.
3. Спирограмма: Индекс Тиффно – 66; ОФВ1 после БДТ - 29%.
4. Рентгенограмма грудной клетки:



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 70

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

Больной Г. 55 лет, бухгалтер, поступил в стационар с жалобами на одышку смешанного характера при умеренной физической нагрузке, кашель с желтой вязкой мокротой до 200 мл\сутки.

Анамнез заболевания. В течение 34 лет беспокоит кашель со скудной слизистой мокротой, в основном по утрам, к врачу по этому поводу не обращался. Последние 7 лет появилась одышка с затруднением выдоха при ходьбе на расстояние около 300 метров. Обострения за предыдущие 12 месяцев не было. Ухудшение состояния 3 дня назад, когда после переохлаждения резко усилилась одышка, увеличилось количество мокроты.

Анамнез жизни. Курит 35 лет по 2 пачке в сутки. Другие вредные привычки отрицает. Аллергологический и гемотрансфузионный анамнез не отягощен.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы телесного цвета. Температура $37,6^{\circ}\text{C}$. Подкожно-жировой слой развит слабо. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка бочкообразная, равномерно участвует в дыхании. ЧД 23 в минуту. Перкуторный звук коробочный. При аускультации по всем легочным полям масса сухих хрипов. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 98 в минуту. АД 125/80 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не выступает из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. При опросе тест САТ – 24 баллов, тест mMRS – 2 балла.

Дополнительные исследования:

1. Общий анализ крови: эритроциты $5,0 \times 10^{12}$ /л; Нв 157 г/л; лейкоциты $8,6 \times 10^9$ /л; э - 0%; б - 0%; п - 5%; с - 60%; л - 30%; м - 5 %. СОЭ 12 мм\час.
2. КИЦС - pO_2 74 мм рт. ст., SpO_2 90 %.
3. Спирограмма: Индекс Тиффно – 68; ОФВ1 после БДТ - 69%.

Вопросы:

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

Ситуационная задача № 71

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

Больной Г. 58 лет, инженер, поступил в стационар с жалобами на одышку смешанного характера при умеренной физической нагрузке, кашель с желтой вязкой мокротой до 100 мл/сутки.

Анамнез заболевания: В течение 20 лет беспокоит кашель со скудной слизистой мокротой, в основном по утрам, к врачу по этому поводу не обращался. Последние 8 лет появилась одышка с затруднением выдоха при ходьбе на расстояние около 500 метров. Дважды в этом году госпитализировался по поводу обострения данного заболевания. Ухудшение состояния 6 дней назад, когда после переохлаждения резко усилилась одышка, увеличилось количество мокроты.

Анамнез жизни: Курит 48 лет по 1 пачке в сутки. Другие вредные привычки отрицает. Аллергологический и гемотрансфузионный анамнез не отягощен. Об-но: Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы чугуночного оттенка. Температура 37,4 С. Подкожно-жировой слой развит слабо. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка бочкообразная, равномерно участвует в дыхании. ЧД 24 в минуту. Перкуторный звук коробочный. При аускультации по всем легочным полям масса сухих хрипов. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 80 в минуту. АД 140/80 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не выступает из под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

При опросе тест САТ – 28 баллов, тест mMRS – 3 балла.

Дополнительные исследования:

1. Общий анализ крови: эритроциты $5,8 \times 10^{12}$ /л; Нв 187 г/л; лейкоциты $9,6 \times 10^9$ /л; э - 0%; б - 0%; п - 5%; с - 60%; л - 30%; м - 5 %. СОЭ 19 мм/час.
2. КЩС - pO_2 70 мм рт. ст., SpO_2 84 %.
3. Спирограмма: Индекс Тиффно – 65%; ОФВ1 после БДТ - 49%.

Вопросы:

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

Ситуационная задача № 72

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

Больной В., 39 лет, грузчик. Поступил в клинику с жалобами на кашель с вязкой мокротой с неприятным запахом в большом количестве, резкую слабость, потливость, повышение температуры тела до 38,5°.

Анамнез заболевания. Заболел остро 15 дней назад после переохлаждения, появился многократный озноб, повышение температуры тела до 39,5°, кашель был сухой. За медицинской помощью пациент не обращался. Принимал самостоятельно ампициллин, эффект был кратковременный, температура не снижалась. Пять дней назад отметил резкое увеличение количества мокроты – «полным ртом», с неприятным запахом, однако после этого отметил снижение температуры тела. Нарастала слабость, недомогание. Пациент обратился за медицинской помощью.

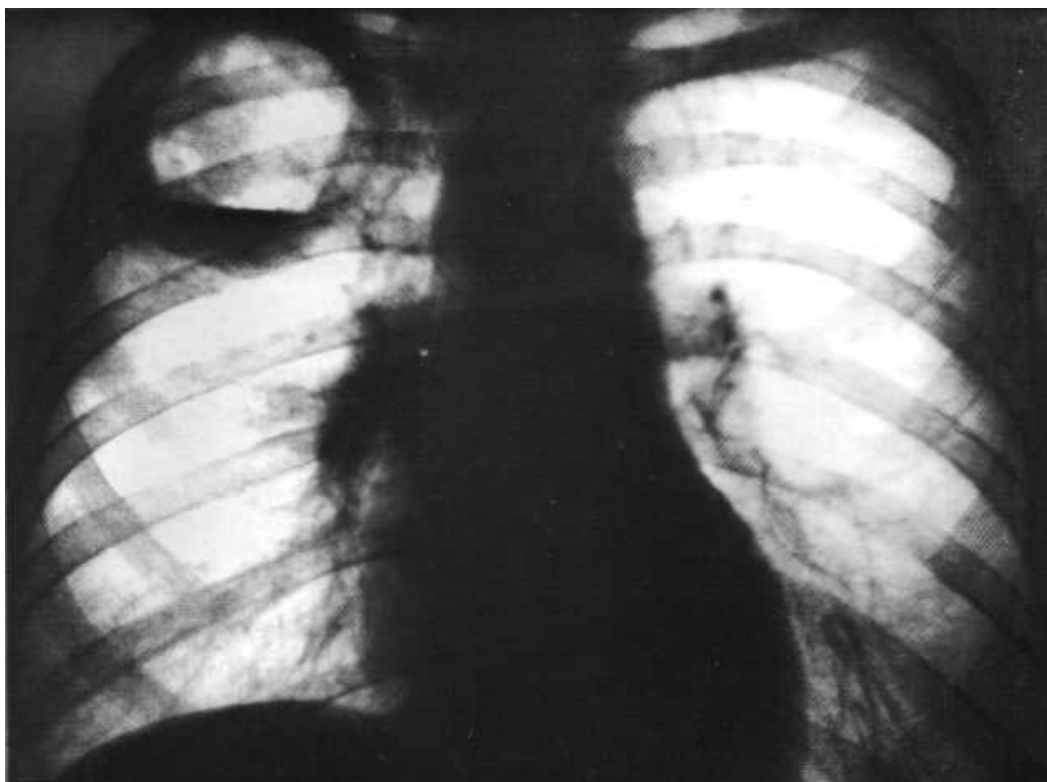
Анамнез жизни. Злоупотребляет алкоголем более 5 лет, курит - 20 лет по 1 пачке в сутки.

Объективно: общее состояние больного тяжелое, бледные кожные покровы, цианоз губ, румянец на правой щеке, ЧД до 32 в минуту в покое. Грудная клетка при осмотре симметрична. При перкуссии легких справа до 4 ребра отмечается коробочный звук, дыхание здесь же амфорическое. SpO₂ 82%.

Слева дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 100/60 мм.рт.ст. Пульс одинаковый с обеих сторон 120 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного качества. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичны, частота 120 в минуту. Живот при пальпации мягкий, во всех отделах безболезнен. Печень не увеличена, безболезненная при пальпации.

Дополнительные исследования:

1. Общий анализ крови: эритроциты $4,0 \times 10^{12}$ /л; Нв 120 г/л; лейкоциты $3,6 \times 10^9$ /л; палочкоядерные нейтрофилы - 10%; сегментоядерные нейтрофилы - 73%; лимфоциты - 30%; моноциты - 5 %, СОЭ 36 мм/час.
2. Общий анализ мочи: прозрачная, белок - 1,7, плоский эпителий – единичные в поле зрения, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, эритроциты – 0
3. Биохимический анализ крови: Общий белок- 63 г/л, глюкоза-4,2 ммоль/л, креатинин- 0,05 ммоль/л, мочевины 7 ммоль/л, АсТ-26, АлТ-37
4. Рентгенография грудной клетки:



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 73

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

Больная Р., 51 год, предприниматель, поступила в клинику с жалобами на одышку смешанного характера при незначительной физической нагрузке, резкую слабость, снижение аппетита, недомогание, прогрессирующее похудание, сухой надсадный кашель, повышение температуры тела до 38С.

Анамнез заболевания. Болеет в течение 4 дней. Связывает свое заболевание с переохлаждением. Появилась гипертермия с ознобами, сухой кашель, лечилась народными средствами, без эффекта, последние 2 дня появилась и усилилась одышка. Кашель стал влажным с мокротой желтого цвета, вязкой.

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

Объективно: Общее состояние средней степени тяжести. Лицо бледное с сероватым оттенком. Питание понижено. ЧД – 26 в минуту. Отмечается притупление перкуторного звука слева, начиная с 4 ребра. В зоне притупления отсутствует голосовое дрожание, дыхание не прослушивается, хрипов, крепитации нет. Относительная сердечная тупость смещена вправо на 1 см. Тоны приглушены, ритмичные 90 ударов в минуту. АД 130/80мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Дополнительные методы исследования:

1. Общий анализ крови: СОЭ -20 мм. в час, Лейкоциты – $9.4 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные нейтрофилы – 8%, сегментоядерные нейтрофилы-82%, лимфоциты-8%, моноциты-2%, гемоглобин – 90г/л.
2. Общий белок – 68 г/л.
3. КИЩ - рО₂, мм рт. ст. 48 мм рт. ст. (норма более 80), SaO₂ 72 % (норма – более 95%)
4. Рентгенограмма органов грудной клетки прилагается.



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 74

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

Больной В., 28 лет, продавец. Поступил в клинику с жалобами на кашель с вязкой мокротой с неприятным запахом в большом количестве, резкую слабость, потливость, повышение температуры тела до 38,8°.

Анамнез заболевания. Заболел остро 14 дней назад после переохлаждения, появился многократный озноб, повышение температуры тела до 39,3°С, кашель был сухой. За медицинской помощью пациент не обращался. Принимал самостоятельно противовирусные препараты, эффект был кратковременный, температура не снижалась. 3 дня назад отметил резкое увеличение количества мокроты – «полным ртом», с неприятным запахом, однако после этого отметил снижение температуры тела. Нарастала слабость, недомогание. Пациент обратился за медицинской помощью.

Анамнез жизни: Курит - 8 лет по 1 пачке в сутки.

Объективно: Общее состояние больного тяжелое, бледные кожные покровы, цианоз губ, ЧД до 25 в минуту в покое. Грудная клетка при осмотре симметрична. При перкуссии легких слева до 5 ребра отмечается коробочный звук, дыхание здесь же амфорическое. SpO₂ 81%. Справа дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 100/60 мм.рт.ст. Пульс одинаковый с обеих сторон 110 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительных качеств. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичны, частота 110 в минуту. Живот при пальпации мягкий, во всех отделах безболезнен. Печень не увеличена, безболезненная при пальпации.

Дополнительные исследования:

1.Общий анализ крови: СОЭ-46 мм/ч, Нб-123 г/л, эритроциты - $4,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $31,6 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 24%, сегментоядерные нейтрофилы - 59%, лимфоциты-10%, моноциты-7%.

2.Общий анализ мочи: прозрачная, белок-0, плоский эпителий – единичные в поле зрения, лейкоциты -2-3 в поле зрения, эритроциты-0.

3. Биохимический анализ крови: общий белок- 61г/л, глюкоза-5,2 ммоль/л, креатинин-0,11 ммоль/л, АсТ-21, АлТ-17.

4. Рентгенография грудной клетки:



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 75

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

Больной В., 42 года, кладовщик. Жалобы на кашель с большим количеством мокроты с неприятным запахом, резкую слабость, потливость, повышение температуры тела до 39,0°. Беспокоит боль в верхней половине грудной клетки справа, связанная с дыханием.

Анамнез заболевания. Пациент находился в стационаре в отделении нейрохирургии по поводу автодорожной травмы более 1 месяца, выписан 2 суток назад. Заболел остро, вчера вечером, появился озноб, повышение температуры тела до 39,0°C, кашель вначале сухой, затем с мокротой, боли в грудной клетке справа. Принимал самостоятельно аспирин, эффект был кратковременный, температура не снижалась, в связи с чем вызвал скорую помощь и госпитализирован.

Анамнез жизни: Злоупотребляет алкоголем более 10 лет, курит - 26 лет по 1 пачке в сутки.

Объективно: Общее состояние больного тяжелое, цианоз губ, румянец на правой щеке, температура при осмотре 39°, ЧД до 28 в минуту в покое. Грудная клетка при осмотре асимметрична, отстает при дыхании правая половина. При перкуссии легких справа в проекции верхней доли отмечается значительное притупление перкуторного звука, дыхание здесь же везикулярное ослабленное, выслушиваются влажные звучные мелкопузырчатые хрипы, бронхофония усилена, усилено голосовое дрожание. Сатурация – 86%

Слева дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 105/60 мм.рт.ст. Пульс одинаковый с обеих сторон 100 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительных качеств. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичны, частота 100 в минуту. Живот при пальпации мягкий, во всех отделах безболезнен. Печень не увеличена, безболезненная при пальпации.

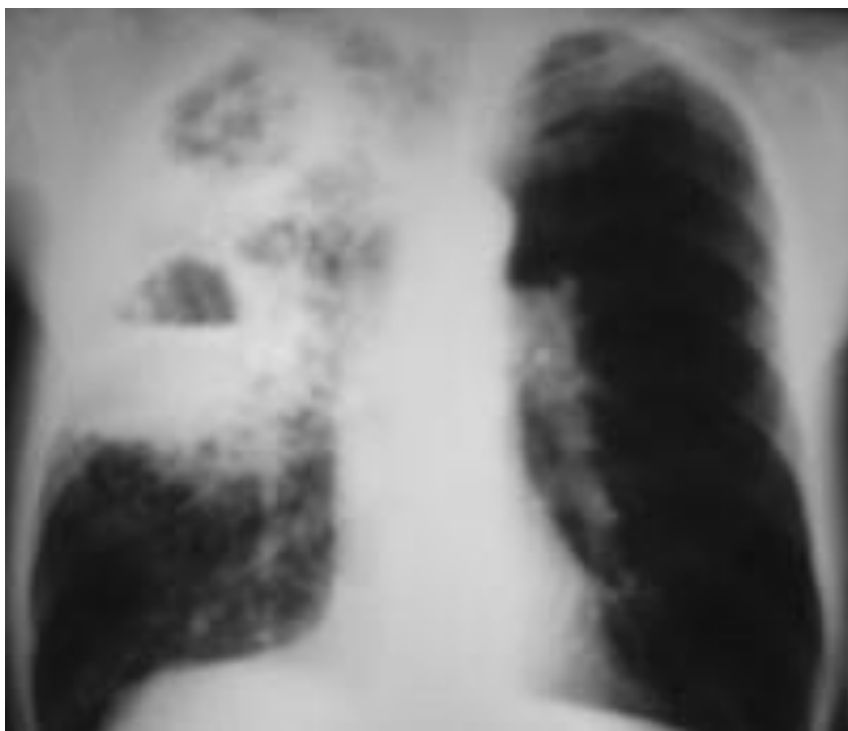
Дополнительные исследования:

1.Общий анализ крови: СОЭ-26 мм/ч, Нб-142 г/л, эритроциты - $4,4 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $25,6 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 21%, сегментоядерные нейтрофилы - 62%, лимфоциты-10%, моноциты-7%.

2.Общий анализ мочи: прозрачная, белок-0, плоский эпителий – единичные в поле зрения, лейкоциты -2-3 в поле зрения, эритроциты-0.

3. Биохимический анализ крови: общий белок- 63г/л, глюкоза-4,6 ммоль/л, креатинин-0,03 ммоль/л, мочевины 6 ммоль/л, АсТ-30, АлТ-37.

4. Рентгенография грудной клетки:



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 76

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

Больная А., 20 лет, продавец, обратилась к врачу с жалобами на слабость, неинтенсивные боли в поясничной области с двух сторон, выраженную головную боль, отечность лица, красный цвет мочи. Считает себя больной около 2-х недель: после сильного переохлаждения повысилась температура тела до $38,0^{\circ}\text{C}$, появились боли в горле при глотании. Больная лечилась у ЛОР врача с диагнозом лакунарная ангина, проявления заболевания исчезли, сохранялась общая слабость. Вчера появились ноющие боли в поясничной области, головная боль, повышение температуры тела до $37,5^{\circ}\text{C}$, сегодня с утра впервые отмечает отечность век, лица. Мочеиспускание свободное, но стало редким, цвет мочи – красным. Месячные регулярные, последние 2 недели назад.

Объективно: Состояние больной при поступлении средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, без высыпаний. Видимые слизистые розовые. Лицо одутловатое. Грудная клетка равномерно участвует в дыхании. ЧД 20/мин. Над легкими ясный легочный звук, дыхание везикулярное. Пульс повышенного наполнения, напряжен, 56/ мин. АД 160/100 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости не смещены, ритм сердечной деятельности правильный, акцент II тона над аортой. Живот мягкий, безболезненный.

Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон, почки и мочевого пузыря не определяются.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

1. Общий анализ крови: НЬ 130 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л, ЦП - 0,9; лейкоциты $8,7 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 70%, лимфоциты – 18 %, м - 6%; тромбоциты – 270×10^9 /л, СОЭ 23 мм/ч.

2. Общий анализ мочи: цвет «мясных помоев», мутная, рН кислая, плотность 1,028; белок - 1,5 г/л, сахар – отрицательно, эритроциты – сплошь в п/зр., лейкоциты 1-2 в п/зр, эпителий почечный 12-20 в п/зр, цилиндры эритроцитарные 5-6 в п/зр, гиалиновые 10-12 в п/зр, зернистые 1-2 в п/зр.

3. Биохимическое исследование крови: билирубин общий - 12,4 мкмоль/л, прямой - 3,2 мкмоль/л, креатинин - 0,13 ммоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, холестерин - 5,0 ммоль/л, общий белок - 70 г/л.

4.ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 54 уд/мин. Электрическая ось отклонена влево. Диффузно - дистрофические изменения миокарда левого желудочка.

Вопросы:

7. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
8. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного.
9. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
10. Составьте программу лечения.
11. Назовите критерии и методы оценки эффективности терапии.
12. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определите трудоспособность.

Ситуационная задача № 77

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

Больная И., 34 лет, учительница, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на повышение АД до 220/120 мм рт. ст., головные боли, сердцебиение, сухость во рту, зуд кожных покровов, тошноту, жидкий стул. Считает себя больной более 15 лет, когда появились отеки под глазами, повышение АД до 160/100 мм рт. ст., находилась под наблюдением терапевта, после переезда на работу в сельскую местность, в течение 10 лет на диспансерном учете не состоит. Последние 6 месяцев АД постоянно повышено до 180-200/100-110 мм рт.ст., эпизодически - 240/140 мм рт.ст., лечится не регулярно. Месяц назад появилась тошнота, склонность к поносам, а 2 недели назад - зуд кожных покровов.

Объективно: Состояние больной тяжелое. Вес 60 кг. Кожные покровы бледные, сухие, со следами расчесов; на лице они как бы припудрены белой пудрой. Видимые слизистые бледные. Одутловатость лица, пастозность стоп, голеней, передней брюшной стенки. Грудная клетка симметрична, при перкуссии легочный звук, дыхание везикулярное. Пульс повышенного наполнения и напряжения, частотой 76 в 1 мин. АД 220/120 мм рт. ст. Верхушечный толчок смещен на 1 см влево от левой среднеключичной линии, тоны сердца приглушены, ослаблен I тон над верхушкой, основанием мечевидного отростка, акцент II тона над аортой; Язык сухой, запах аммиака в выдыхаемом воздухе. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

1. Общий анализ крови: НЬ - 72 г/л, эритроциты - $2,6 \times 10^{12}$ /л, ЦП - 0,9; лейкоциты - 5,7

10^9 /л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 68%, лимфоциты - 25%, моноциты - 2%; СОЭ 20 мм/ч.

2.Общий анализ мочи: цвет светлый, плотность – 1,008, белок - 3,8 г/л, лейкоциты - 2-4 в п/зр, эритроциты - 10-12 в п/зр, цилиндры: зернистые 3-4 в п/зр, восковидные 2-3 в п/зр.

3.Биохимическое исследование крови: АСТ - 0,43 ммоль/л, АЛТ - 0,45 ммоль/л, глюкоза - 3,8 ммоль/л, холестерин - 5,5 ммоль/л; креатинин - 1,4 ммоль/л, мочевины - 38,2 ммоль/л, общий белок 65 г/л.

Вопросы:

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

Ситуационная задача № 78

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

Больная К., 23 года, экономист, обратилась к врачу с жалобами на отеки ног и под глазами по утрам, пастозность лица, слабость. Считает себя больной после вакцинации против гриппа, когда через две недели появилась слабость, поднялась температура тела до $37,5^{\circ}\text{C}$, отеки ног по утрам, быстро проходящая, в это же время больная отмечает уменьшение объема выделяемой мочи и её красный цвет (не связанный с месячными). Прибавка веса на 7 кг. Красный цвет мочи через несколько дней исчез.

Объективно: Вес 55кг. Состояние средней степени тяжести. Лицо бледное, одутловатое, веки отекают, глазные щели сужены за счет периорбитального отека. Кожные покровы без высыпаний, видимые слизистые розовые. Пастозность рук, ног. Лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка правильной формы. Над легкими ясный легочный звук, ЧД 16 в мин, дыхание везикулярное. Пульс на обеих лучевых артериях одинаков, ритмичный, частотой 80 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 138/85 мм рт.ст. Границы относительной тупости сердца: правая на 1,0 см вправо от правого края грудины, верхняя в III межреберье, левая на 1 см вправо от средне-ключичной линии в V межреберье, тоны сердца правильного соотношения. Слизистая ротоглотки розовая, миндалины не изменены. Живот симметричный, мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Поясничная область отечна с обеих сторон, отеки мягкие, подвижные. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки стоя и лежа не пальпируются, их проекции болезненны.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

1.Общий анализ крови: НБ - 130 г/л, эритроциты $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $5,8 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы -3%, сегментоядерные нейтрофилы - 53%, лимфоциты - 35%, моноциты - 6%; СОЭ - 25 мм/ч.

2.Общий анализ мочи: желтая, прозрачная, pH кислая, плотность 1,020; белок 3,5 г/л, эпителий почечный 8-10 в п/зр., эритроциты 15-20 в п/зр., лейкоциты 2-4 п/зр., цилиндры: эритроцитарные 2-3 п/зр, зернистые 0-2 п/зр.,

3. Суточный белок мочи 8,9 г

3. Биохимический анализ крови: общий билирубин - 15,5 мкмоль/л, прямой билирубин - 4,7 мкмоль/л, общий белок - 55 г/л, Альбумин 28 г/л, креатинин - 0,12 ммоль/л, холестерин - 8,9 ммоль/л.

4. УЗИ почек: правая почка 120х56 мм, паренхима 20 мм, левая почка: 118х54 мм, паренхима 20 мм. Паренхима обеих почек диффузно-неоднородная. Лоханки, чашечки не изменены. Конкременты, объемные образования не выявлены.

Вопросы:

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

Ситуационная задача № 79

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

Больная М., 32 года, кассир, беспокоит повышение температуры тела до 38,6⁰С; слабость, головные боли, мелькание мушек перед глазами, сердцебиение, боли в левой поясничной области без иррадиации, учащенное мочеиспускание небольшими порциями, рези в конце акта мочеиспускания, повышение АД до 145/90 мм рт. ст., слабость, снижение аппетита. Считает себя больной около 15-ти лет с появления учащенного мочеиспускания, резей в конце акта мочеиспускания, болей в поясничной области. Лечилась амбулаторно, при переохлаждении вновь отмечала подобную симптоматику. Повышение артериального давления стала отмечать во время беременности год назад, появились головные боли, сердцебиение, в связи с повышением артериального давления до 200/115 мм рт. ст. произведено кесарево сечение в сроке 27 недель, ребенок жив. Лечение регулярно не принимала.

Объективно: вес 50 кг общее состояние средней степени тяжести, кожные покровы повышенной влажности, теплые, светло-розовые. Грудная клетка симметрично участвует в акте дыхания, над легкими легочной звук, дыхание везикулярное, ЧД 16 в 1/мин. Пульс ритмичный, повышенного наполнения, напряжен, частотой 76 в 1/мин. АД – 145/99 мм рт. ст. Тоны сердца правильного ритма и соотношения. Язык суховат. Живот мягкий, умеренно болезненный в левом фланке в месте проекции левой почки и над лоном. Симптом поколачивания положительный слева. Мочеточниковые точки безболезненны. Мочевой пузырь выступает на 2 см над лоном, пальпация его болезненна.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

1. Общий анализ крови: Нb -125 г/л, эритроциты - 4.5×10^{12} /л, ЦП 0,9; лейкоциты – $11,2 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы - 72%, лимфоциты - 16%, моноциты – 2 %; СОЭ – 28 мм/ч.

2. Общий анализ мочи: плотность 1,018, сахар – отрицательно, белок – 0,11 г/л, лейкоциты - 12-16 в п/зр, эритроциты 1-2 в п/зр, лейкоцитарные цилиндры 3-5 в п/зр, бактерии (+).

3. Б/х анализ крови: общий белок – 78 г/л, калий – 3,9 ммоль/л, глюкоза – 4,8 ммоль/л, мочевины – 8,9 ммоль/л, креатинин – 148 мкмоль/л.

Вопросы:

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

Ситуационная задача № 80

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

На приём обратилась больная Н., 65 лет, пенсионерка, с жалобами на отеки лица, поясничной области, нижних конечностей; уменьшение количества мочи до 500 мл в сутки, общую слабость, резкое ограничение подвижности суставов обеих кистей, лучезапястных суставов, стоп. Заболевания суставов беспокоят 40 лет, по поводу чего постоянно лечится у ревматолога, принимает метотрексат. Около полугода назад стали появляться отеки век, лица, проходившие к обеду, затем появились отеки поясничной области, ног, уменьшилось количество мочи.

Объективно: Вес 68 кг. Общее состояние тяжелое. Кожные покровы чистые, бледные. Видимые слизистые бледные. Наблюдается отёчность век, параорбитальных областей, поясницы, предплечий, голеней, стоп. Отеки мягкие. Осмотрены кисти рук (см. вкладку). Грудная клетка правильной формы, ЧД-18/мин. Над легкими легочной звук дыхания, несколько ослаблено с обеих сторон. Пульс частотой = 96/мин, удовлетворительного наполнения, напряжен, левая граница относительной тупости сердца определяется на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии, тоны сердца приглушены, ослаблен I тон над верхушкой, акцент II тона над аортой, АД-120/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезнен, печень выступает из-под реберной дуги на 2 см, край плотный, ровный, закруглен, безболезнен. Почки, стоя и лёжа, не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

1. Общий анализ крови: Нb-80 г/л, эритроциты - $3,0 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,85; лейкоциты - $4,5 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 2%, сегментоядерные нейтрофилы - 57%, лимфоциты - 30%, моноциты - 11%, тромбоциты – 185×10^9 /л, СОЭ 65 мм/ч.

2. Общий анализ мочи: мутная, плотность – 1,011, белок - 3,8 г/л, сахар – отрицательно, лейкоциты – 4-6 в п/зр., эритроциты – 2-5 в п/зр., цилиндры (гиалиновые 2-4 в п/зр., зернистые 3-5 и восковидные 1-3 в п/зр.), дающие положительную Шик- реакцию.

3. Биохимический анализ крови: общий белок 55 г/л, альбумины 41 %; α_1 -глобулины 3 %; α_2 -глобулины 18 %; β -глобулины 26 %; γ -глобулины 12 %; холестерин 18,2 ммоль/л, триглицериды 3,55 ммоль/л, креатинин – 195 мкмоль/л, мочевины – 9,4 ммоль/л, АСТ - 20 ЕД/л, АЛТ – 22 ЕД/л, калий - 6,0 ммоль/л, натрий 142 ммоль/л, Р- 1, 8 ммоль/л,

4. СКФ (СКД -EPF) = 34 мл/мин.

5. Ревматоидный фактор положительный.

6. УЗИ: почки одинаковых размеров 110 x 50 мм, паренхима-21 мм, наружный контур ровный, четкий.



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 81

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

Больной М., 75 лет предъявляет жалобы на повышение температуры тела до $37,4^{\circ}\text{C}$, головные боли, мелькание мушек перед глазами, ноющие боли в пояснице с двух сторон, частое мочеиспускание небольшими порциями, слабую струю мочи при мочеиспускании. Считает себя больным в течение 20-ти лет с появления учащенного мочеиспускания, снижения силы напора струи мочи при мочеиспускании. В последние десять лет стало наблюдаться недержание мочи, появились боли в пояснице, ознобы, головные боли, нарастала общая слабость. Ухудшение состояния отмечает в течение недели, повысилась температура тела до $37,5^{\circ}\text{C}$, усилились боли в пояснице, участилось мочеиспускание, принимал парацетамол, улучшения не отмечает.

Объективно: Вес 78 кг, состояние средней степени тяжести, сознание ясное, кожные покровы сухие, без высыпаний, тургор кожи снижен. Обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания, ЧД 18 в 1 мин. Над легкими легочной звук, дыхание везикулярное. Пульс ритмичный, хорошего наполнения, напряжен, частотой 80 в 1 мин. АД 155/100 мм рт. ст. Ослаблен I тон над верхушкой сердца, акцент II тона над аортой. Живот мягкий, безболезнен. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по пояснице положителен с обеих сторон. Почки не пальпируются, в их проекции отмечается

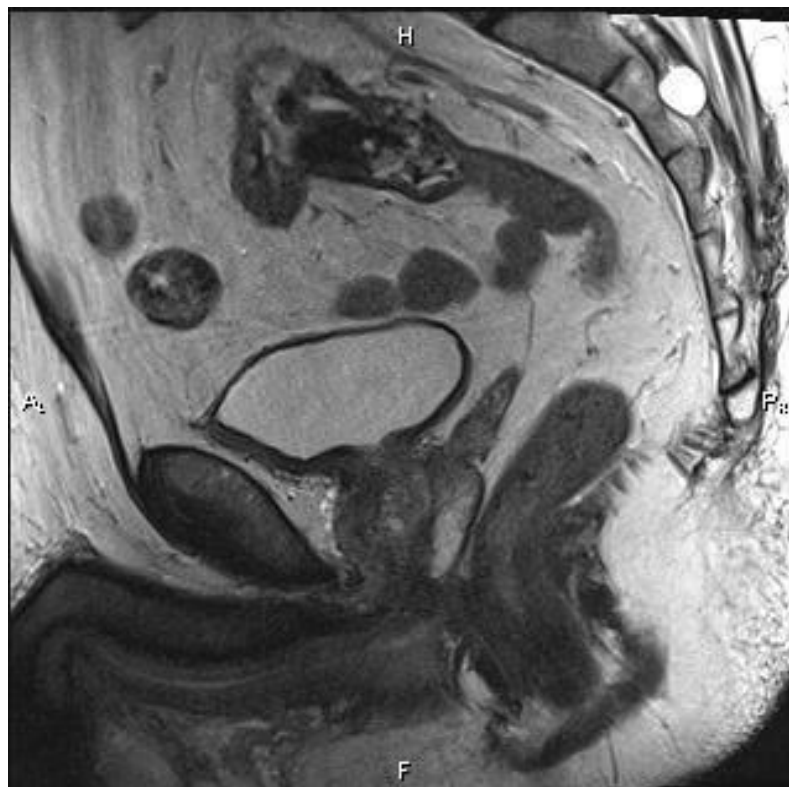
болезненность. Мочевой пузырь выстоит над лоном на 5 см, безболезнен. После мочеиспускания мочевой пузырь выстоит над лоном на 4 см.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

1.Общий анализ крови: Нб 115 г/л, эритроциты $4,0 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $12,8 \times 10^9/л$, эозинофилы- 1, палочкоядерные - 5, сегментоядерные - 70, лимфоциты – 23, м. – 1, СОЭ 23 мм/ч.

2.Общий анализ мочи: мутная, плотность 1,016; белок 0,9 г/л, сахар отрицательно, эритроциты 1-3 в п/зр., лейкоциты 10-15 в п/зр., гиалиновые цилиндры 6-8 в п/зр., лейкоцитарные цилиндры 2-4 в п/зр.

3.УЗИ почек: обе почки в типичном месте, правая 115 x 50 мм, левая 120 x 55 мм, корковый слой 16 мм, ЧЛК обеих почек несколько расширен, стенки утолщены.



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 82

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

Больная Т., 35 лет, поступила с жалобами на снижение аппетита, общую слабость, отеки век, лица и нижних конечностей. Заболела 2,5 года назад, когда после переохлаждения впервые появились тянущие тупые боли в поясничной области, отеки на лице. Больная постоянно находится на амбулаторном диспансерном наблюдении. Трижды за этот период находилась на стационарном лечении. Получает преднизолон в дозе 5 мг/сут. Настоящее ухудшение состояния в течение последних двух недель связывает с перенесенным ОРВИ. Перенесенные заболевания: ангина, ОРЗ. Больная работает учителем, профессиональных вредностей не имеет. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: состояние средней тяжести. Рост — 163 см, масса тела — 78 кг. Температура тела — 36,0 °С. Лицо бледное, одутловатое, веки отечны, глаза сужены. Кожные покровы и слизистые бледные, чистые, влажные. Выраженные отеки на лице и нижних конечностях. Частота дыхания — 19 уд/мин. При сравнительной перкуссии ясный, легочный звук. Область сердца и крупных сосудов не изменена. Границы относительной тупости сердца: правая на 0,5 см вправо от правого края грудины, левая на 1 см наружи от среднеключичной линии в V межреберье, верхняя на уровне верхнего края III ребра. При аускультации сердца тоны сердца ясные, ритмичные, пульс — 76 уд/мкв, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 125/75 мм рт. ст. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову — 10 x 9 x 8 см. Область почек не изменена, почки не пальпируются.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

1. Анализ крови: эритроциты — $3,8 \cdot 10^{12}/л$, НЬ — 103 г/л, ЦП — 0,8, МСН — 32Pg, MCV — 102fL, МСНС — 310 g/l, Ht — 28%, лейкоциты — $9,1 \cdot 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы — 5%, сегментоядерные нейтрофилы — 55%, эозинофилы — 0%, лимфоциты — 33%, моноциты — 7%, СОЭ — 29 мм/ч.

2. Общий анализ мочи: относительная плотность — 1011, белок — 6,5 г/л, лейкоциты — 3-4 в поле зрения, эритроциты 10—14 в поле зрения, гиалиновые цилиндры — 4—6 в поле зрения. Суточная протеинурия — 4,5 г.

3. Биохимический анализ крови: креатинин — 144 мкмоль/л, общий белок сыворотки крови 52 г/л (альбуминов — 27%, $\alpha 1$ -глобулинов — 6%, $\alpha 2$ -глобулинов — 11%, β -глобулинов — 14%, γ -глобулинов — 24%), холестерин сыворотки — 10,8 ммоль/л.

4. Скорость клубочковой фильтрации 40.56 мл/мин, канальцевая реабсорбция — 95%.

5. УЗИ почек. Размеры почек: правая почка длина 104 мм, ширина 41 мм, толщина паренхимы 18 мм, левой почки длина 105 мм, ширина 46 мм, толщина паренхимы 17 мм. Контуры ровные, четкие. Эхогенность нормальная. Пирамиды визуализируются четко. ЧЛС не расширена. Мочевой пузырь не наполнен. Конкременты не выявлены.

6. Биопсия почки: получено 25 клубочков: склероз капиллярных петель клубочков, синехии сосудистых долек с капсулой, фиброэпителиальные и фиброзные полулуния, утолщение капсулы клубочка. Выявленные фибропластические изменения в клубочках сопровождаются дистрофией эпителия проксимальных и дистальных отделов канальцев, субатрофией эпителия, атрофией и коллапсом канальцев, разрастанием соединительной ткани.

Вопросы:

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

Ситуационная задача № 83

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

Больной Д., 40 лет, сторож-вахтёр, обратился с жалобами на общую слабость, боли по всему позвоночнику (усиливающиеся в покое и ночью), в крестце, уменьшающиеся после физических упражнений; утреннюю скованность в спине продолжительностью до 40 минут.

Считает себя больным с 30 лет, когда стала беспокоить ноющая двусторонняя боль в поясничной области и крестце, проходящая после разминки. В течение года присоединилась утренняя скованность в пределах 30 минут, эпизодически (3-4 раза в год) отмечал беспричинное повышение температуры до 37-37,5°C. Неоднократно обращался за медицинской помощью в связи с болями в спине, наблюдался у невролога по поводу поясничного остеохондроза, отмечал кратковременный положительный эффект от назначенного лечения (НПВП и паравертебральные блокады). В течение последних 5 лет отмечает появление стойкого нарушения осанки. В течение последних 3 лет за медицинской помощью не обращался, при усилении болей в спине самостоятельно принимал нимесулид с хорошим эффектом.

Объективно: состояние удовлетворительное, положение активное. Температура тела 37,3°C. Внешний вид больного (см. фото). Мышцы грудной клетки гипотрофичны. Отмечается болезненность при пальпации по ходу позвоночника во всех отделах. Активные и пассивные движения в позвоночнике в сагиттальной и фронтальной плоскостях ограничены, болезненны. Симптомы Кушелевского I, II, III – положительные. ЧД 18 в минуту. Экскурсия грудной клетки – 3 см. Обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания, над легкими ясный лёгочный перкуторный звук, везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. АД 135/85 мм рт.ст. ЧСС 74 удара в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона на аорте. Живот мягкий, безболезненный как при поверхностной, так и при глубокой пальпации.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

1. Общий анализ крови: эритроциты - $4,2 \times 10^{12}/л$, Hb - 122 г/л, тромбоциты - $220 \times 10^9/л$, лейкоциты – $10,1 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, моноциты – 4%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 30%, СОЭ – 58 мм/ч.

2. Общий анализ мочи: желтая, удельный вес 1032, белок – 1,0 г/л, сахар – нет, лейкоциты – 2-5 в поле зрения, эритроциты – 0-1 в поле зрения, соли - нет.

3. Биохимический анализ крови: билирубин 18,0 мкмоль/л, (прямой 4,8 мкмоль/л), общий белок – 55 г/л, холестерин - 6,0 ммоль/л, креатинин - 0,09 ммоль/л, фибриноген 5 г/л, С-реактивный белок – 48 мг/л (норма 1-6 мг/л), ревматоидный фактор – отрицательный, HLA-DR4 – отрицательный, HLA-B27 – положительный.

5. Рентгенограмма крестцово-подвздошных сочленений. Слева в центральных, верхних и нижних отделах КПС контуры суставных поверхностей неровные, нечеткие; суставная щель с участками сужения и расширения (эрозии); выраженный субхондральный

распространенный остеосклероз с обеих сторон суставной щели (сакроилеит, R-стадия III). Справа в центральных и нижних отделах КПС: контуры суставных поверхностей нечеткие на всем протяжении; суставная щель с участками умеренного сужения и расширения; умеренный субхондральный распространенный остеосклероз (сакроилеит, R-стадия II).



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 84

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

Больной Г. 44года, бухгалтер, предъявляет жалобы на ноющие боли в поясничной области, постоянные, без иррадиации; кожный зуд, снижение аппетита, тошноту, рвоту, повышение АД до 175/100 мм рт.ст. Повышение артериального давления впервые выявлено десять лет назад во время медосмотра, при углубленном обследовании обнаружены кистозные изменения обеих почек по УЗИ (со слов). Через пять лет появилось учащенное мочеиспускание, сухость во рту, тошнота, снижение аппетита, боли в поясничной области.

Повышение АД переносит легко, лечение регулярно не принимает. Последнее ухудшение около месяца с присоединения жалоб на рвоту, приносящую облегчение, жидкий стул, кожный зуд, болезненное мочеиспускание, повышение температуры до 37,5 С. Тяжесть в правом подреберье.

Объективно: Вес 73кг, Рост 179см. Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы сухие, бледные, на боковых поверхностях грудной клетки линейные расчесы. Видимые слизистые бледные. Грудная клетка участвует в дыхании равномерно. ЧД 15 в мин. Над легкими легочный звук, дыхание везикулярное. Пульс ритмичный, частотой 88 в мин, АД 170/100 мм рт. ст., повышенного наполнения и напряжения, левая граница относительной сердечной тупости по левой среднеключичной линии, ослаблен I тон над верхушкой, акцент II тона над аортой. Язык сухой. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется из подреберья на 1см, селезенка не пальпируется. Пальпируются нижние полюса обеих почек, бугристые, безболезненные. Симптом поколачивания слабо положительный с обеих сторон. Мочевой пузырь не пальпируется.

В анамнезе: у отца, брата смерть от заболевания почек.

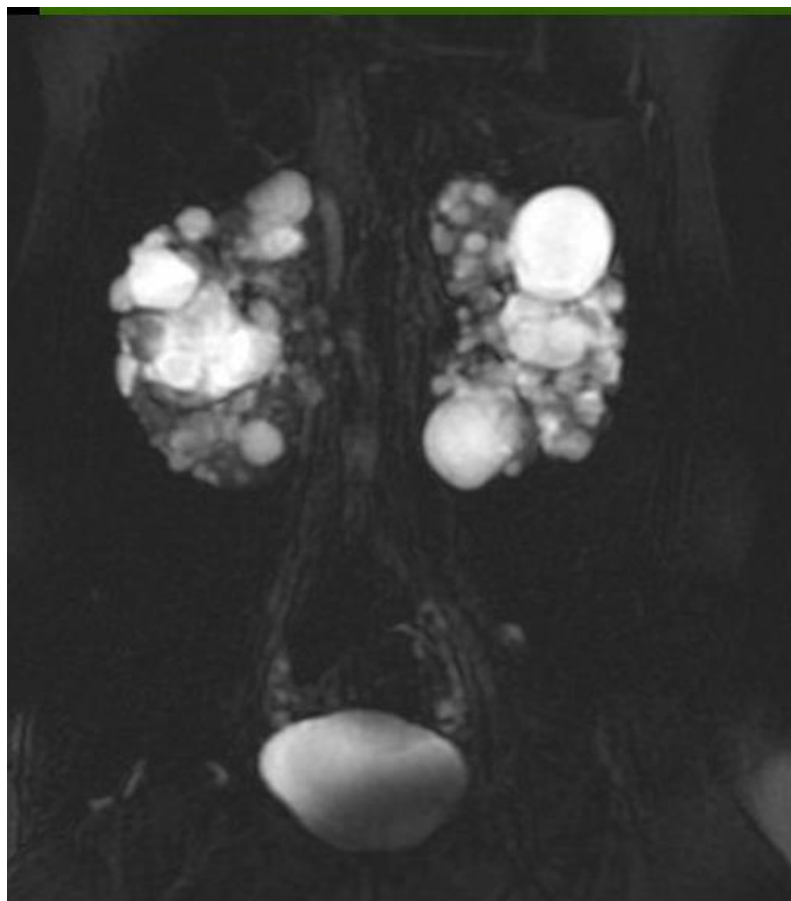
При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

1.Общий анализ крови: эритроциты – $2,8 \times 10^{12}$ /л НЬ — 82 г/л, ЦП – 0,80, МСН – 32Pg, MCV – 102fL, МСНС – 310g/L, Ht – 28%, лейкоциты — $9,1 \times 10^9$ /л, палочкоядерные— 5%, сегментоядерные — 55%, эозинофилы — 0%, лимфоциты — 33%, моноциты — 7%, СОЭ — 29 мм/ч.

2.Общий анализ мочи: светлая, плотность 1.009; белок 2.1 г/л, эритроциты – 4-5 в п/зр., цилиндры: гиалиновые 3-6 в п/зр., эпителиальные 2-4 в п/зр., зернистые 1-2 в п/зр.

3.Биохимический анализ крови: общий белок 60 г/л, глюкоза 5,4 ммоль/л, креатинин 0,96 ммоль/л, мочевины 28,2 ммоль/л, холестерин 6,0 ммоль/л., К- 6,7ммоль/л., Na-138 ммоль/л., Р- 1,9 ммоль/л., Са - 2,0 ммоль/л.

4. МРТ почек:



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 85

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

Больная К., 42 лет, продавец, обратилась с жалобами на умеренные постоянные боли в правой поясничной области, периодически болезненное мочеиспускание, моча желтого цвета, мутная. Повышение температуры тела до 38,8°C, повышенную потливость. Данные жалобы возникли 4 дня назад после сильного переохлаждения. Сегодня боли впервые стали иррадиировать во внутреннюю поверхность бедра и появилось покраснение мочи. В течение последних 15-ти лет жизни неоднократно отмечала ознобы, повышение температуры до 38°C, приступы болей в пояснице, лечилась различными антибактериальными препаратами с хорошим эффектом.

Объективно: Вес 56 кг. Рост 160 см., температура тела 38,8°C, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые, повышенной влажности. Периферические лимфоузлы – не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в мин. Тоны сердца – громкие, ритмичные. ЧСС – 102/мин., АД 160/100 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в правом фланке, слева б/о. При осмотре поясничная область визуально не изменена. Отмечается умеренная болезненность при поколачивании поясничной области, больше справа. Отеков нет.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

1. Общий анализ крови: эритроциты – $4,2 \cdot 10^{12}$ /л, Hb – 133 г/л, ЦП – 0,8, MCH – 32 Pg, MCV – 102 fL, MCHC – 310 г/л, Ht – 28%, тромбоциты – $210 \cdot 10^9$ /л, лейкоциты – $22,3 \cdot 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 14%, сегментоядерные нейтрофилы – 51%, ретикулоциты – 1%, лимфоциты – 32%, моноциты – 3%, СОЭ – 39 мм/ч.

2. Биохимический анализ крови: общий белок – 78 г/л, общий билирубин – 10,9 мкмоль/л, калий – 3,1 ммоль/л, глюкоза – 4,8 ммоль/л, мочевины – 8,9 ммоль/л, креатинин – 148 мкмоль/л, мочевая кислота – 524 ммоль/л.

3. Общий анализ мочи: моча красноватая, мутная, удельный вес – 1012, белок – 0,8 г/л, лейкоциты – 20-35 в поле зрения, эритроциты – 30-50 в поле зрения, слизь – большое количество, бактерии – большое количество, соли – ураты, большое количество.

4. УЗИ почек: правая почка 110x54 мм, паренхима 18 мм, левая почка: 118x52 мм, паренхима 19 мм. Паренхима обеих почек диффузно-неоднородная. Контуры нечеткие, неровные, подвижность сохранена, полостная система справа расширена, уплотнена. Конкремент в устье правого мочеточника 5 мм? Объемных образований не выявлено. Мочевой пузырь б/о.

5. СКФ: CKD-EPI – 40,5 мл/мин/1,73 м².

Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).

2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного.
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Назовите критерии и методы оценки эффективности терапии.
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определите трудоспособность.

Ситуационная задача № 86

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

Больной Ф., 58 лет, слесарь, обратился с жалобами на постоянную выраженную слабость, утомляемость, одышку с чувством нехватки воздуха и учащенное сердцебиение при умеренной физической нагрузке (поднимается до 2-го этажа), отрыжку, резкое снижение аппетита, боли в языке жгучего характера.

Жалобы появились в течении последнего года, усилились последние 3-4 месяца без видимой причины. Ранее за медицинской помощью не обращался, сопутствующей патологии не отмечает.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные с желтушным (лимонным) оттенком, без высыпаний. Придатки кожи – без особенностей. Периферические лимфоузлы – не увеличены. Грудная клетка правильной формы, ЧД – 22 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс правильного ритма, удовлетворительного наполнения и напряжения, частотой 98 в мин. АД – 120/70 мм.рт.ст. Тоны сердца – громкие, ритмичные ЧСС – 98 в минуту. Мягкий систолический шум на верхушке. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень на 1,5 см. ниже края реберной дуги, селезенка – не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон.

Параклинические исследования:

1.Общий анализ крови: Нб - 76 г/л, эритроциты - $2,9 \times 10^{12}/л$, MCV – 109 фл, MCH – 39 пг, MCHC – 330 г/л, анизоцитоз +++, пойкилоцитоз +++. Определяются тельца Жолли, кольца Кэбота, ретикулоциты – 1%, тромбоциты – $115 \times 10^9/л$, лейкоциты - $3,1 \times 10^9/л$, нейтрофилы: палочкоядерные – 4 %, сегментоядерные– 71 %, лимфоциты – 20 %, моноциты – 5 %, СОЭ – 39 мм/ч.

2. УЗИ печени и селезенки:

Печень: контуры ровные, размеры не увеличены, сосудистый рисунок сохранён. Диаметр воротной вены - 10 мм (норма до 12 мм). Внутривеночные желчные протоки: не расширены. Диаметр холедоха 6 мм (норма до 5-6 мм). Желчный пузырь: размеры 72 x 35 мм (в норме до 10 x 50 мм), форма обычная. Толщина стенки 2 мм. Селезенка: контуры ровные. Размеры: 144 x 55 мм (норма до 130 x 50 мм). Диаметр селезеночной вены 6 мм (норма до 6 мм). Эхоструктура однородная.

3. Биохимический анализ крови: общий билирубин – 40 мкмоль/л, прямой билирубин - 5 мкмоль, непрямой билирубин – 35 мкмоль/л, АСТ – 32 Ед/л, АЛТ – 35 Ед/л, мочевины – 4,0 ммоль/л, креатинин – 85 мкмоль/л, глюкоза – 6,2 ммоль/л, концентрация витамина В₁₂ - 85 пг/мл (норма 100 - 4000 пг/мл).

Вопросы:

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

Ситуационная задача № 87

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

Больная К., 33 лет, воспитатель в детском саду, обратилась к врачу с жалобами на сонливость, слабость, сердцебиение при ходьбе, проходящее в покое, сухость кожи, особенно в области локтевых суставов, сухость усиливается после контакта с водой (принятие душа, ванны). Периодически появляются трещины в области углов рта. Считает себя больной около года. По месту работу регулярно проходит медицинские осмотры, последний - восемь месяцев назад, но патологических отклонений не выявлено. Хронические заболевания отрицает, родов двое с интервалом 1,5 года, последние 2 года назад.

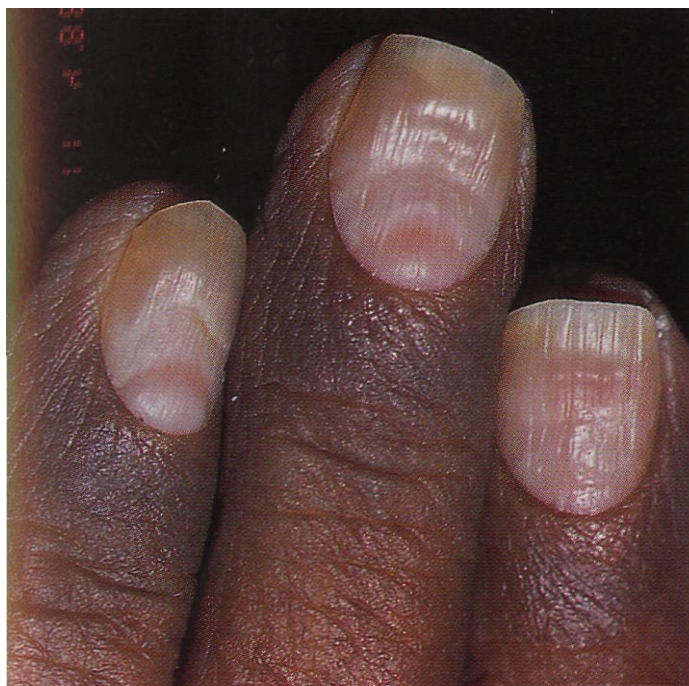
Объективно: состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, без высыпаний, сухие, умеренный гиперкератоз разгибательных областей локтевых и коленных суставов. Грудная клетка равномерно участвует в дыхании. Частота дыхания 19 в 1 мин. Над легкими ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, 98 ударов в минуту, АД 118/78 мм рт. ст. Тоны сердца правильного ритма и соотношения, мягкий систолический шум в V межреберье на 1,5 см кнутри от левой срединноключичной линии. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены.

Параклинические исследования:

1. Общий анализ крови: Hb - 86 г/л, эритроциты - $4,0 \times 10^{12}/л$, MCV - 71 фл, MCH - 20 пг, MCHC - 330 г/л, тромбоциты - $247 \times 10^9/л$, лейкоциты - $5,7 \times 10^9/л$, эоз. - 4%, п/я - 3%, с/я - 52%, лимф. - 35%, м - 6%; анизоцитоз ++, микроцитоз +++, СОЭ - 29 мм/ч.

2. Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, рН кислая, плотность 1,026; белок и сахар - отр., лейкоциты - 1-2 в п/зр, эпителий - 2-3 в п/зр.

3. **Биохимический анализ крови:** Билирубин общий - 11,8 мкмоль/л, прямой 4,8 мкмоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, общий холестерин - 4,9 ммоль/л, креатинин - 0,08 ммоль/л.



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 88

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

К врачу обратилась больная Н., 57 лет, пенсионерка, не работающая, с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, головокружение, сердцебиение, одышку с чувством нехватки воздуха при обычной физической нагрузке, которую раньше переносила без одышки.

Считает себя больной в течение 2-3 лет, когда появились данные жалобы с постепенным их нарастанием, к врачам по этому поводу не обращалась. В анамнезе - сахарный диабет 2 типа, по поводу чего принимает метформин по 1000 мг 2 раза в день в течение последнего года, ранее была только диетотерапия, хронический бронхит с редкими обострениями.

Объективно: При обследовании: состояние удовлетворительное, бледность кожных покровов и видимых слизистых, легкая желтушность кожных покровов и слизистых. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс правильного ритма, удовлетворительного наполнения и напряжения, частотой 92 в мин. АД – 130/86 мм.рт.ст. Тоны сердца – громкие, ритмичные ЧСС – 92 в минуту. Мягкий систолический шум на верхушке. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень на 1,0 см. ниже края реберной дуги, селезенка – не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон.

Параклинические исследования:

1. Общий анализ крови: Нb 96 г/л, эритроциты $2,5 \times 10^{12}/л$, ретикулоциты – 0%, MCV – 101 фл, MCH – 36 пг, MCHC – 344 г/л, анизоцитоз +++, пойкилоцитоз +++. ; лейкоциты $6,2 \times 10^9/л$, эозинофилы – 0, палочкоядерные нейтрофилы – 0, сегментоядерные нейтрофилы – 30 %, лимфоциты – 70 %; тромбоциты – $169 \times 10^9/л$, СОЭ 38 мм/час.
2. Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, плотность 1,017, белка нет, сахар - отрицательно, эпителий – единичные в поле зрения.
3. БАК: общий билирубин – 44 ммоль/л, прямой билирубин - 5 ммоль, непрямой билирубин – 39 ммоль/л, АСТ – 30 Ед/л, АЛТ – 29 Ед/л, мочевины – 4,4 ммоль/л, креатинин – 78 мкмоль/л, глюкоза – 7,2 ммоль/л, концентрация витамина В₁₂ - 2158 пг/мл (норма 100 - 4000 пг/мл).
4. ЭКГ: ритм синусовый, частотой 96 в 1 мин; электрическая ось сердца полугоризонтальная, метаболические изменения миокарда.

Вопросы:

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

Ситуационная задача № 89

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

Больной К., 37 лет, инженер, обратился к врачу с жалобами на выраженную слабость, одышку при незначительных физических нагрузках, появление синяков на коже по всей поверхности тела без каких-либо провоцирующих факторов, частые носовые кровотечения без видимой причины, десневые кровотечения при чистке зубов, боли в горле при глотании. Считает себя больным около месяца. Медосмотр полгода назад - патологии не выявлено. Работает инженером на заводе по производству удобрений.

Объективно: состояние больного средней степени тяжести. Температура тела – 37,4°C. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, большое количество экхимозов различной локализации, разной стадии «цветения». Слева в подчелюстной области пальпируются два лимфоузла, оба до 2 см в диаметре, болезненные, подвижные плотно-эластичной консистенции. Остальные группы лимфоузлов не увеличены. Грудная клетка равномерно участвует в дыхании. ЧД 23 в 1 мин. Над легкими ясный легочный звук, дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, частотой 108 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 110/70 мм рт.ст. Тоны сердца правильного соотношения. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под края ребёрной дуги, край ровный, эластичный безболезненный, селезёнка - +1 см из-под края ребёрной дуги по левой передне-подмышечной линии. Симптом поколачивания поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Параклинические исследования:

1. Общий анализ крови: Нб - 46 г/л, эритроциты - $2,9 \times 10^{12}/л$, MCV – 89 фл, MCH – 26 пг, MCHC – 340 г/л, лейкоциты $72,5 \times 10^9/л$, бласты – 16%, сегментоядерные нейтрофилы - 49%, лимфоциты – 35%; тромбоциты – $5 \times 10^9/л$, СОЭ - 66 мм/ч.
2. Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, рН кислая, плотность 1,016; белок, сахар – отрицательно, лейкоциты 1-2 в поле зрения, эпителий 2-3 в поле зрения.
3. Биохимический анализ крови: билирубин общий - 18,8 мкмоль/л, креатинин - 0,095 ммоль/л, мочевины – 7,0 ммоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, общий холестерин – 5,9 ммоль/л, калий – 3,9 ммоль/л, натрий – 145 ммоль/л, общий белок – 76 г/л,

Вопросы:

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

Ситуационная задача № 90

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

Больной А. 62 лет, охранник, обратился в поликлинику с жалобами на слабость, повышенную потливость, снижение веса на 10 кг за последние полгода без каких-либо видимых причин, характер питания прежний, аппетит в норме, увеличение шейных, подмышечных лимфатических узлов; ощущение тяжести в области правого и левого подреберий. Заболеваний ранее не отмечал.

Объективно: Кожные покровы и видимые слизистые бледные, без высыпаний, суховатые. Задние шейные лимфатические узлы слева (2) увеличены до 4 см, безболезненные, подвижные, мягко-эластичной консистенции; пальпируется надключичный лимфоузел слева до 2 см, безболезнен, мягкий, подвижный, подмышечные лимфоузлы определяются с обеих сторон до 2 см в диаметре, безболезненные, подвижные мягко-эластичные. Лимфоузлы не спаяны между собой, кожа над ними не изменена. Грудная клетка правильной формы, ЧД 19 в 1 мин., над легкими легочной звук, дыхание везикулярное. Ритм сердечной деятельности правильный, частотой 86 уд/мин, тоны сердца правильного соотношения. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень – на 2 см ниже края реберной дуги, нижний край ровный, безболезнен, округлый. Селезенка выступает из-под края реберной дуги на 3 см, край безболезнен, округлый. Симптом поколачивания поясничной области отрицателен с обеих сторон.

Параклинические исследования:

1. Общий анализ крови: Нб - 110 г/л, эритроциты - $3,9 \times 10^{12}$ /л, MCV – 82 фл, MCH – 27 пг, MCHC – 362 г/л, ретикулоциты – 1 ‰, лейкоциты $55,5 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 23 %, лимфобласты – 2%, лимфоциты – 73 %; моноциты – 1%, тромбоциты – 169×10^9 /л, СОЭ - 81 мм/ч.
2. Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, рН кислая, плотность 1,019; белок, сахар – отрицательно, слизь – умеренное количество.
3. УЗИ органов брюшной полости. Печень: контуры ровные, правая доля КВР 189 мм, структура диффузно-неоднородная, эхогенность умеренно повышена, сосудистый рисунок сохранён, диаметр воротной вены 10 мм, внутripеченочные желчные протоки не расширены, диаметр холедоха 6 мм. Желчный пузырь: длина 70 мм, ширина 22 мм, форма обычная, толщина стенки 2 мм. Поджелудочная железа: контуры чёткие, ровные, размеры – головка 26 мм, тело 21 мм, хвост 25 мм, эхоструктура диффузно-неоднородная, эхогенность повышена, вирсунгов проток 1мм. Селезенка: контуры ровные, размеры - длина 188 мм ширина 68 мм, диаметр селезеночной вены 6 мм, эхоструктура неоднородная, эхогенность: средняя. Свободной жидкости в брюшной полости не.
4. Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, общий билирубин – 35 мкмоль/л, прямой – 14 мкмоль/л, АСТ – 89 Ед/л, АЛТ – 81 ЕД/л, креатинин – 89 мкмоль/л, мочеви́на – 6,9 ммоль/л, ферритин – 589 нг/мл (норма 20-250 нг/мл).

Вопросы:

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

Ситуационная задача № 91

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

Больная Б., 30 лет, обратилась с жалобами на резкую, «дергающую» боль в надключичной области справа, отдающую за ухо; боль в горле при глотании; повышение температуры до 38,0*С; слабость. Считает себя больной в течение 3 дней. Отмечала кратковременное улучшение после приема «Нурофена». В анамнезе: ОРВИ 1-2 раза в год, последнее – месяц назад; хронический пиелонефрит, последняя активность 5 лет назад; в течение трех месяцев проходила лечение и протезирование у стоматолога. Аллергия (крапивница) на цитрусовые.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Активна. Температура 37,4⁰С. Кожные покровы чистые, повышенной влажности. Слизистые чистые. Зев без особенностей. Зоны придаточные пазухи носа при пальпации и перкуссии безболезненны. Дыхание везикулярное. Сердечные тоны громкие, ритм правильный, ЧСС 100 в минуту. АД 110/70 мм рт ст. Язык чистый, влажный; слизистые ротовой полости обычной окраски. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Периферических отеков нет. Область шеи на глаз не изменена, кожа обычной окраски и температуры. При пальпации щитовидная железа увеличена больше за счет правой доли; в нижнем полюсе правой доли пальпируется плотный узел 1,5 см, болезненный; регионарные лимфоузлы не увеличены. Симптом Мари слабо +. Отеки периферические отсутствуют.

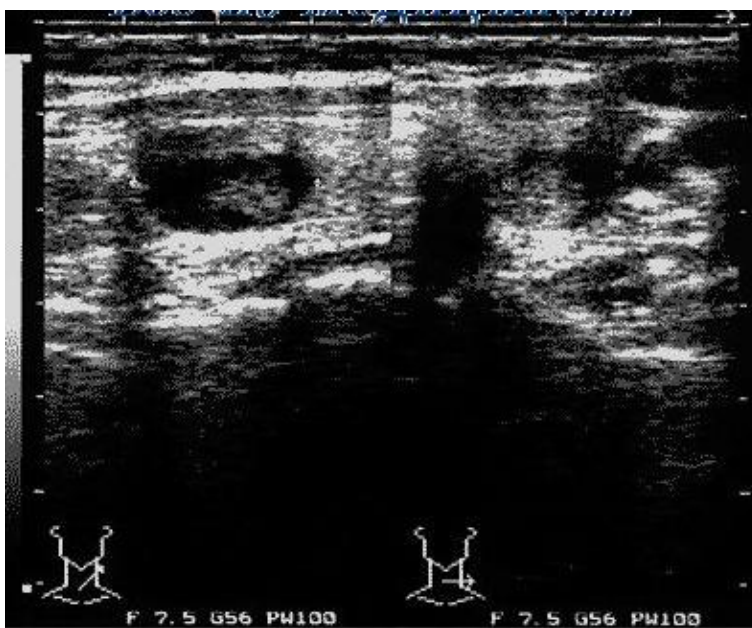
При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

1.Общий анализ крови: Количество лейкоцитов $5,6 \times 10^9/\text{л}$, количество эритроцитов $3,9 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин 135 г/л, гематокрит 39,0 %, количество тромбоцитов $270 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 46 мм/ч.

2.Биохимический анализ крови: глюкоза- 4,8 ммоль/л; общий холестерин – 5,0 ммоль/л; кальций - 2,3 мкмоль/л.

3.ЭКГ: ЧСС 100 в минуту, синусовый ритм.

4.УЗИ щитовидной железы.



Вопросы:

7. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
8. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного.

9. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
10. Составьте программу лечения.
11. Назовите критерии и методы оценки эффективности терапии.
12. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определите трудоспособность.

Ситуационная задача № 92

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

Пациентка П., 31 года доставлена родственниками в приемное отделение в лежачем положении. Беспокоит выраженная слабость, головокружение, тошнота, отсутствие аппетита, периодически боль в животе без определенной локализации. Полгода назад отметила появление постепенно нарастающей слабости, без причины снижения настроения. В течении двух месяцев отметила снижение аппетита до полного отсутствия, похудание на 5-6 кг. Последнюю неделю из-за слабости не встает с постели. Два дня постоянная тошнота, боль в животе без определенной локализации. В анамнезе: хронические заболевания отрицает. Проживает с семьей – муж, сын 9 месяцев. Беременность была первая, протекала без осложнений. Срочные роды. Вес ребенка 4500г. Информации об объеме кровопотери нет. Из-за отсутствия лактации сразу – искусственное вскармливание. После родов менструальная функция не возобновилась. В отпуске по уходу за ребенком.

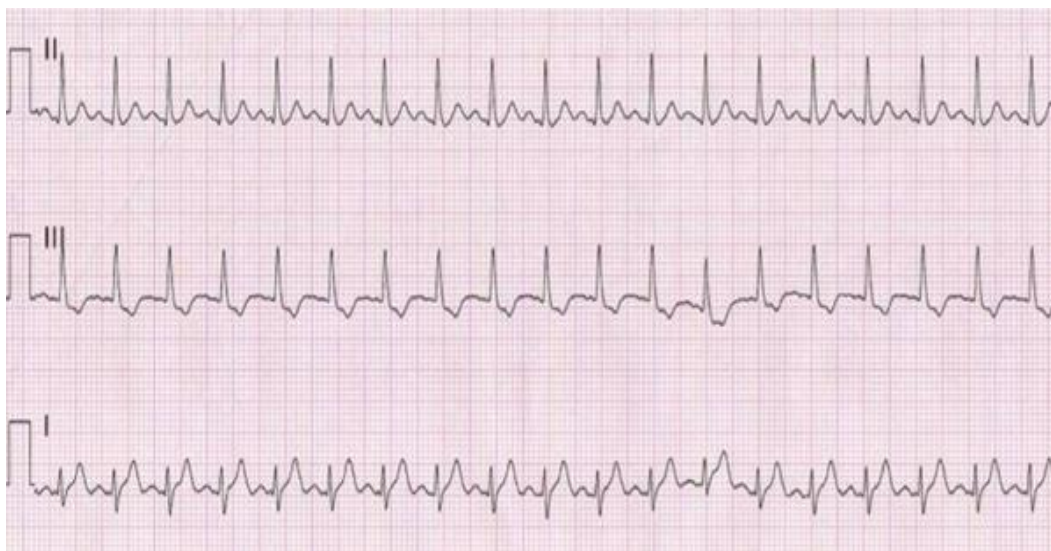
Объективно: Состояние тяжелое, говорит тихо, едва слышно. Масса тела 60 кг, рост 168 см. Кожные покровы бледно-серовато-желтушные, сухие, прохладные. Подкожно жировой слой развит умеренно. Легкая отечность век, лицо амимично. Волосы: на голове тусклые, редкие; отсутствуют в подмышечных впадинах и на лобке. Грудные железы безболезненны, лактореи нет, ареолы бледные. ЧД 16 в минуту. При аускультации дыхание везикулярное. Сердечные тоны приглушены, ритм правильный. ЧСС 100 в минуту. АД 60/20 мм рт.ст. Слизистые рта сухие, чистые. Живот втянут, при поверхностной и глубокой пальпации безболезненный. Печень у края реберной дуги. Щитовидная железа нормальных размеров, эластичная безболезненная. Симптомы Грефе, Кохера – отрицательные.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

1. Общий анализ крови: количество лейкоцитов $5,9 \times 10^9/\text{л}$, количество эритроцитов $3,9 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин 120 г/л, гематокрит 39,0 %, количество тромбоцитов $200 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 15 мм/ч.

2. Биохимический анализ крови: глюкоза 3,8 ммоль/л; калий 5,9 ммоль/л; натрий 132 ммоль/л; мочевины 8,0 ммоль/л.

3. ЭКГ:



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 93

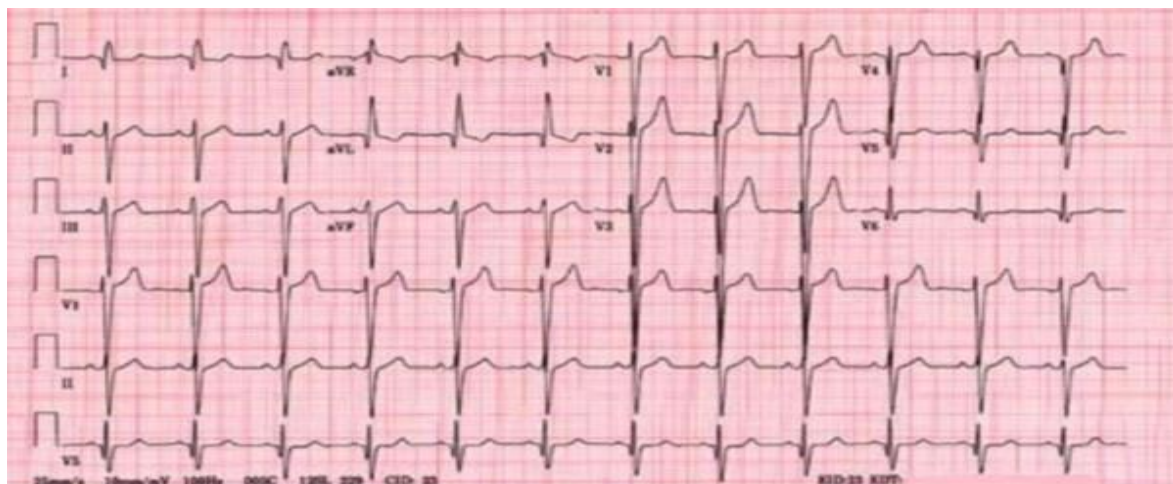
ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17

Пациент А., 28 лет, инженер-строитель, доставлен в приемное отделение с болью в животе, локализующейся в эпигастрии, многократной рвотой слизью. Из анамнеза: в течении недели снижение аппетита, снижение массы тела, жажда до пяти литров в сутки, многократное мочеиспускание по ночам. Сутки назад появилась тошнота, рвота пищей, боль в животе. Самостоятельно принимал но-шпу, активированный уголь, «Смекту», улучшения не отмечал. В течение суток из-за слабости не вставал с постели. В детстве перенес краснуху, редко ОРВИ.

Объективно: состояние тяжелое, лежит на правом боку, с трудом говорит из-за одышки и слабости. Сознание сохранено, ориентирован в обстановке, адекватен при беседе. Удовлетворительного питания. Кожные покровы с гиперемией лица и шеи, сухие, расчесы на спине и конечностях; тургор снижен. Тонус мышц верхних и нижних конечностей равномерно снижен. ЧД 20 в мин. Дыхание шумное, слышно на расстоянии, запах ацетона в выдыхаемом воздухе. При аускультации выслушивает над всеми отделами легких везикулярное дыхание. Сердечные тоны громкие, ритм и соотношение правильные. ЧСС 106 в минуту. АД 100/60 мм рт. ст. Слизистые рта, язык сухие, трещины на губах и углах рта. Живот участвует в дыхании, при пальпации в эпи- и мезогастррии болезненность. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перистальтика сохранена. Печень +1 см от края реберной дуги по среднеключичной линии.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

1. Общий анализ крови: количество лейкоцитов $12,0 \times 10^9/\text{л}$, количество эритроцитов $9,9 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин 150 г/л, СОЭ 10 мм/ч.
2. Биохимический анализ крови: глюкоза крови 22 ммоль/л, калий 3,9 ммоль/л; натрий 133 ммоль/л; мочевины 8,1 ммоль/л.
3. КЩС: pH 7,08 (7,35– 7,45); BE – 13,5 (-2,3 – +2,3).
4. В моче экспресс методом кетоновые тела +++ .
5. ЭКГ:



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 94

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

Больная Б., 26 лет, домохозяйка, поступила в эндокринологическое отделение в плановом порядке с жалобами на головную боль по утрам, кошмарные сновидения, «разбитость» в утренние часы. Страдает сахарным диабетом 3 года, который вначале проявился кетоацидозом. На протяжении всех лет регулярно вводит препараты инсулина: Лантус 24 ЕД п/к в 23 часа и Ново-Рapid 8ЕД-6ЕД-4ЕД п/к перед едой. HbA1c 3 месяца назад – 6,0%. В течение последней недели стала отмечать выше описанные жалобы. Регистрировала глюкозу натощак 10,8-9,2 ммоль/л, в течение дня 5,6-7,0 ммоль/л. Самостоятельно увеличила дозу Лантуса до 26ЕД, затем до 28 ЕД в 23 часа. Улучшения не отмечалось, просыпалась ночью от кошмарных сновидений и выраженной потливости.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Активна. Кожные покровы и слизистые нормальной влажности и тургора. Масса тела 70 кг, рост 175 см. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные, ЧСС 80 в минуту, АД 120/70

мм. рт. ст. Пульс на всех артериях удовлетворительного качества. Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный. Отёков нет. Тактильная, болевая, температурная чувствительность сохранена. Щитовидная железа видна на глаз, при пальпации увеличена обеими долями, эластична, подвижна, безболезненна. Отеков нет.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

1. Глюкоза крови в капиллярной крови во время осмотра при поступлении в 12.00 (экспресс методом) 4,7 ммоль/л.
2. Кетоновые тела в моче не обнаружены.
3. Рентгенограмма органов грудной клетки: патологии не выявлено.
4. Картина осмотра глазного дна OD:



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 95

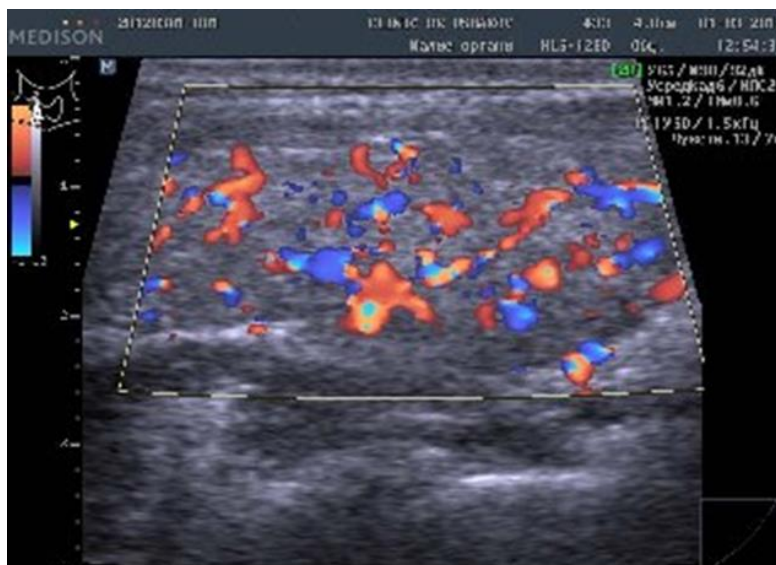
ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17

На приём к врачу обратилась пациентка 54 лет, секретарь-референт, с жалобами на приливы жара несколько раз в день на фоне постоянного сердцебиения, бессонницу, плаксивость, непереносимость духоты. Считает, что проявления связаны с прекращением менструального цикла в течение года, за который похудела на 10кг. С детства имеет витилиго. Менструальный цикл с 15 лет до 53лет регулярный, 2 беременности и 2 родов. У матери было тяжелое течение климакса.

Объективно: Больная эмоционально лабильна, суежлива, мелко размахистый тремор век, пальцев рук. Вес 61 кг, рост 170 см. Кожные покровы эластичные, диффузно влажные, тёплые. Гиперемия шеи, зоны декольте, депигментированы кисти. Подкожная клетчатка слабо выражена, рыхлая. ЧД 16 в минуту. Дыхание везикулярное. Пульс 118 в минуту. Сердечные тоны громкие, ритм правильный. АД 130/70 мм. рт. ст. Печень у края рёберной дуги. Щитовидная железа видна на глаз, при пальпации увеличена, эластична, подвижна при глотании, безболезненна. Симптомы Мебиуса, Грефе, Кохера, Краузе положительны. Двоения не испытывает. Веки отечны. Конъюнктивы отечная, умеренно гиперемирована. Экзофтальм с двух сторон. Периферических отёков нет.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

1. Общий анализ крови: количество лейкоцитов $6,6 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилы 70,0 %, лимфоциты 32,3 %, моноциты 9,1 %, эозинофилы 1,4 %, базофилы 0,5 %, Нейтрофилы $2,05 \times 10^9/\text{л}$ (1,80-5,50), лимфоциты $1,77 \times 10^9/\text{л}$ (1,20-4,00), моноциты $0,6 \times 10^9/\text{л}$ (0,09 - 0,80), эозинофилы $0,06 \times 10^9/\text{л}$ (0,02-0,30), базофилы $0,02 \times 10^9/\text{л}$ (0,00-0,30). Количество эритроцитов $4,1 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин 135 г/л, СОЭ 10 мм/ч.
2. Биохимический анализ крови: глюкоза- 4,0 ммоль/л; общий холестерин – 5,0 ммоль/л
3. ТТГ 0,05 мЕД/л (0,3- 3,2); свободный Т4 = 76,2 нг/мл (12,3-25,6); АТ к рецепторам ТТГ = 47 (0); ФСГ = 120 мМЕ/мл (2 – 12).
4. ЭКГ: ЧСС 116 в минуту, ритм синусовый.
5. УЗИ щитовидной железы:



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 96

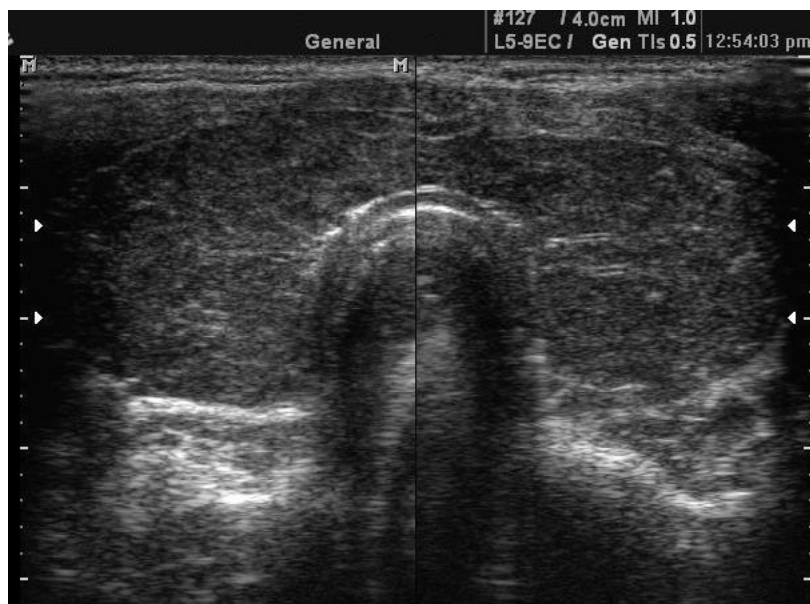
ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17

Пациентка П., 31 года, учитель географии, поступила в эндокринологическое отделение с жалобами на сердцебиение, бессонницу, чувство жара, периодические подъемы температуры до $37,1^{\circ}\text{C}$, снижение массы тела на 5 кг. Считает себя больной около года, когда сама стала обращать внимание на повышенную раздражительность, сердцебиение по ночам, иногда бессонницу. Около двух месяцев стала ощущать повышение температуры до $37,2^{\circ}\text{C}$, постоянное чувство жара, приступы сердцебиения при физической нагрузке. Около месяца назад появилась светобоязнь, чувство «песка» в глазах.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Суеулиное поведение. Рост 162 см, вес 55 кг. Кожные покровы смуглые, диффузно влажные, теплые. Подкожная жировая клетчатка истончена. Отмечается мелко размашистый тремор вытянутых рук, языка. Экзофтальм. Симптом Краузе (+). Симптом Мебиуса (+) с обеих сторон, Грефе (+), Кохера (-). Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца громкие, ритм правильный. ЧСС 108 в минуту, АД 130/70 мм рт.ст. Пальпация живота безболезненная. Печень по краю реберной дуги. Щитовидная железа визуализируется на расстоянии. При пальпации диффузно увеличена обеими долями, плотная, с неровной поверхностью, безболезненная, шум не определяется. Периферических отеков нет.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

1. Общий анализ крови: СОЭ 15 мм/ч, Нб – 125 г/л, лейкоциты – $5,6 \times 10^9/\text{л}$
2. Биохимический анализ крови: глюкоза – 6,61 ммоль/л, мочевины 6,3 ммоль/л, общий билирубин 17,5 ммоль/л; холестерин – 3,3 ммоль/л.
3. УЗИ щитовидной железы:



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 97

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

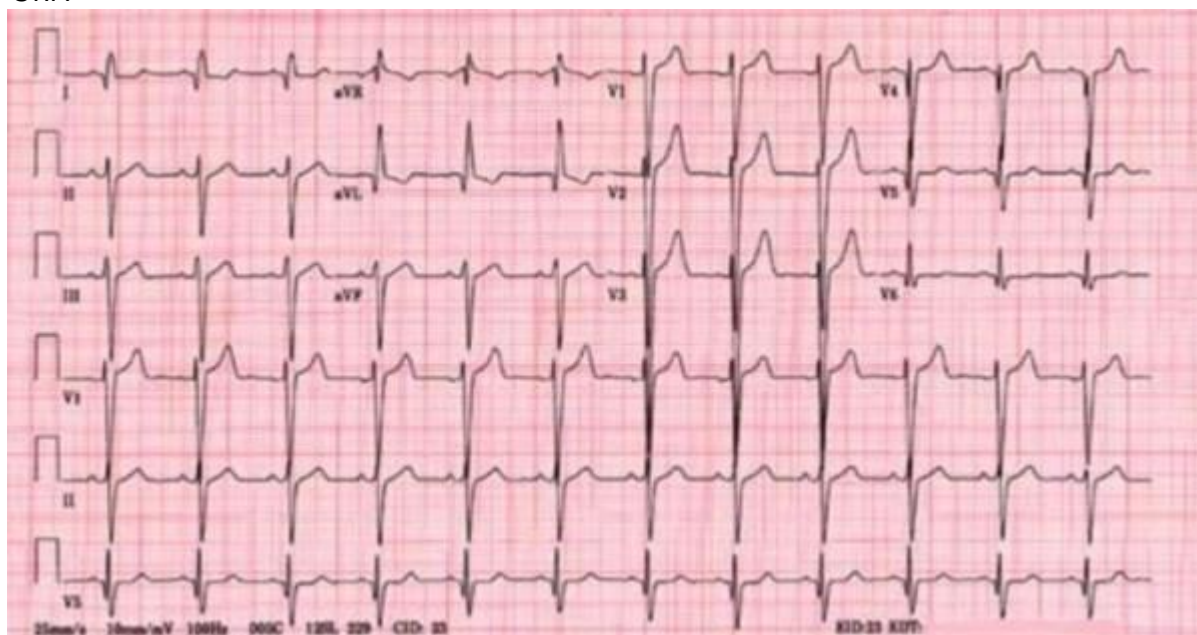
Мужчина А. 48 лет, слесарь, обратился с жалобами на сухость во рту, появившуюся 2-3 год назад. В детстве перенес острый гепатит, паротит. С 35 лет отмечает постепенное увеличение веса, коррекцией не занимался. Вредные привычки отрицает.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы телесного цвета, чистые, обычной влажности. Слизистые чистые. ОТ – 103 см, ОБ – 90 см, масса тела 107 кг, рост 176 см. ЧД в покое – 18 в мин. При аускультации дыхание везикулярное над всеми легочными полями. АД 150/88 мм рт. ст., ЧСС – 80 в мин. Левая граница сердца на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны приглушены, ритм правильный. Язык чистый, влажный. Живот увеличен за счет жирового слоя. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см, край закруглен, ровный безболезненный. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненно. Диурез не считал. При осмотре нижних конечностей: кожные покровы обычной окраски и влажности, чистые. Пульс на артериях тыла стопы сохранен, симметричный. Отсутствует температурная

чувствительность на стопах и в нижней 1/3 голени, тактильная и болевая чувствительность сохранены. Отеков нет.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

1. Общий анализ крови: количество лейкоцитов $7,6 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилы 70,0 %, лимфоциты 32,3 %, моноциты 9,1 %, эозинофилы 1,4 %, базофилы 0,5 %, Нейтрофилы $2,05 \times 10^9/\text{л}$ (1,80-5,50), лимфоциты $1,77 \times 10^9/\text{л}$ (1,20-4,00), моноциты $0,6 \times 10^9/\text{л}$ (0,09 - 0,80), эозинофилы $0,06 \times 10^9/\text{л}$ (0,02-0,30), базофилы $0,02 \times 10^9/\text{л}$ (0,00-0,30). Количество эритроцитов $4,6 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин 145 г/л, СОЭ 12 мм/ч.
2. Глюкоза крови натощак 10,1 ммоль/л, в случайное время дня -15,0 ммоль/л.
3. УЗИ органов брюшной полости: свободной жидкости нет. Печень: правая доля 183 мм (КВР 130-150), левая доля 90 мм (КВР 50-70) контуры ровные, структура диффузно неоднородна, повышенной эхогенности. Сосудистый рисунок печени несколько обеднен. Внутривенные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь обычной формы, 68x28 мм, стенка 2 мм, содержимое эхонегативное. ОЖП 6 мм (N 4-6 мм). Поджелудочная железа нормальных размеров, контуры ровные, четкие, структура диффузно неоднородная, повышенной эхогенности. Селезенка 48 см² (N до 50) не изменена.
4. Глазное дно: расширение и извитость венул, микроаневризмы и единичные точечные кровоизлияния по периферии.
5. ЭКГ:



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 98

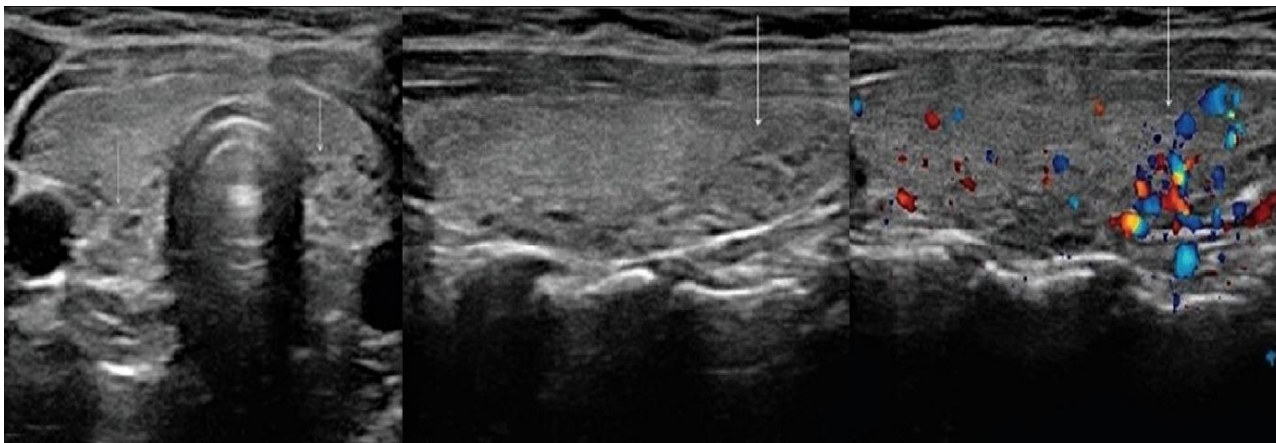
ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17

Больная М., 36 лет, продавец, обратилась к врачу с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, выпадение волос, ухудшение памяти, снижение интереса к жизни, отечность лица, запоры, отсутствие менструаций в течение 6 месяцев. Считает себя больной в течение последних 2 лет. Состояние постепенно ухудшалось, прибавила в весе 5 кг за период болезни, с объемом работы справляется, но с трудом.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Рост 163 см. Вес 67 кг. Температура тела 35,1⁰С. Кожа бледная, сухая, на голенях, локтях гиперкератоз. Лицо пастозно, амимично. Плотные отеки конечностей, туловища. Волосы на голове редкие, ломкие, тусклые. Оволосение на туловище соответствует женскому полу и возрасту. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Молочные железы не изменены. Лакторея (+) с двух сторон. Над симметричными областями грудной клетки перкуторно определяется ясный легочной звук. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в 1 мин. Область сердца визуально не изменена. Пульс на лучевых артериях ритмичный, слабого наполнения, симметричный, 55/мин, АД 126/80 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости: правая – 1 см вправо от правого края грудины, верхняя – нижний край III ребра, левая – 1,5 см кнутри от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумов нет, 55/мин. Язык чистый, отпечатки зубов на языке. Живот мягкий, безболезненный. Печень при пальпации мягкая, безболезненная, нижний край на уровне реберной дуги. Желчный пузырь не пальпируется. Пузырные симптомы (Мерфи, Кера, Мюсси, Ортнера) – отрицательные. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена при осмотре, при пальпации небольшая, поверхность неровная, плотная, безболезненная, подвижна при глотании. С. Мебиуса, Кохера, Грефе – отрицательные.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

1. Общий анализ крови: эр - $3,2 \times 10^{12}$ /л, Hb - 101 г/л; СОЭ - 15 мм/ч.
2. Общий анализ мочи: желт., уд. вес 1022, белок - отр., сахар – отр., эпителий 2 в поле зрения, лейкоциты 0-2 в поле зрения, эритроциты 0-1 в поле зрения.
3. Юиохимический анализ крови: глюкоза – 4,0 ммоль/л (3,33-5,55); Fe – 5,5 мкмоль/л (8.9-30,4).
4. ТТГ – 22,7 мкМЕ/мл (0,3 -3,2), Т4 свободный – 6,3 пмоль/л (51-142 нмоль/л); АТ к ТПО – 250 Ед/мл (0 -30).
5. УЗИ щитовидной железы:



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 99

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

Пациентка Б., 18 лет, студентка. Жалобы на быструю утомляемость и снижение работоспособности, снижение настроения, нарушение менструального цикла, увеличение массы тела, резкое повышение аппетита, снижение толерантности к эмоциональным нагрузкам.

Анамнез заболевания: Больная родилась с весом 2,6 кг, искусственное вскармливание. В детстве часто ангины; хр. тонзиллит. Менархе с 10 лет, менструальный цикл установился в течение 6 месяцев, регулярный. С 13 лет менструальный цикл нерегулярный, в течение 6 месяцев отсутствует. В 10 лет значительный скачок роста, в 16 лет рост прекратился. В 11 лет стала прибавлять массу тела, прогрессирует скачками до настоящего времени. При стрессах и в темное время суток значительно увеличивает прием пищи. В период прибавки веса появляются розовые стрии на груди, животе, спонтанно бледнеют. Перед поступлением в институт однократно регистрировалось АД 140/90 мм.рт.ст.

Объективно: Выглядит старше своих лет. В общении замкнута. Рост 178 см, вес 107 кг, ОТ = 112 см., ОБ = 122 см., равномерное гиноидное отложение подкожно-жирового слоя. Гиперпигментация шеи, сосков, серый гиперкератоз локтей. Оволосение по женскому типу, лёгкий гипертрихоз на лице и конечностях. Розовые, тонкие, выступающие стрии на груди, животе, поясице. Костно-мышечная система соответствует полу и возрасту. Кисти влажные, «ледяные», кожа тонкая, нежная. На лице единичные акне vulgaris. Грудные железы развиты хорошо. Тоны сердца ритмичные, 90 в минуту. АД 130/90 мм рт ст. PS 90 в

минуту. Язык чистый. Влажный. Живот несколько увеличен за счет подкожного слоя. Щитовидная железа на глаз не видна, пальпируются обе доли нормальных размеров, эластичная, безболезненна. Отеков нет.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

1. Общий анализ крови: эритроциты - $4,2 \times 10^{12}/л$, Hb - 140 г/л; СОЭ – 10 мм/ч.
2. Общий анализ мочи: желт, уд. вес 1022, белок - отр., сахар – отр., эпит. 1 в п/зр., лейкоц. 1 в п/зр, эр. 0-1 п/зр.
3. Пероральный тест на толерантность к глюкозе (75 г): глюкоза натощак – 6,2 ммоль/л., через 2 часа – 7,6 ммоль/л.
4. Кортизол крови в 8.00 ч. – 790 нмоль/л (N 150-680 нмоль/л).

Вопросы:

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

Ситуационная задача № 100

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

Пациентка И., 26 лет, обратилась после диспансерного обследования, где выявили зоб и рекомендовали дообследование. Женщина планирует беременность. Жалоб нет. Из анамнеза: родилась и проживает в Сибири. Менархе с 12 лет, МЦ регулярный. Замужем 2 года. Беременностей не было. Хронические заболевания отрицает. Заболеваний родственников не знает. Работает визажистом. Вредные привычки отрицает.

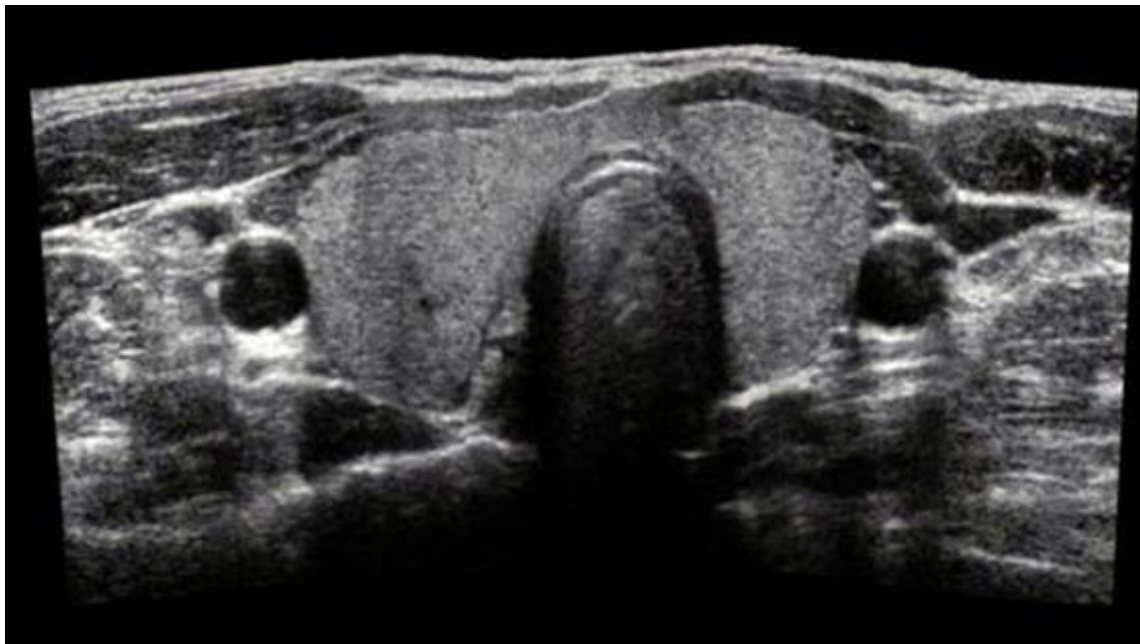
Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Активна. Кожные покровы и слизистые нормальной влажности и тургора, чистые. Рост волос соответствует полу и возрасту. Масса тела 80 кг, рост 162 см, обхват талии 84 см. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные. ЧСС 76 в минуту. АД 120/70 мм. рт. ст. Пульс на всех артериях удовлетворительного качества. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Отеков нет. При осмотре видна щитовидная железа, кожа над ней не изменена. При пальпации щитовидная железа увеличена обеими долями диффузно; поверхность ровная, эластичная, безболезненная, смещаемая при глотании. Симптомы Грефе, Кохера –отрицательные.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

1. Общий анализ крови: эр - $4,0 \times 10^{12}/л$, Hb - 139 г/л; СОЭ – 12мм/ч.
2. Пероральный тест на толерантность к глюкозе (75 г): глюкоза натощак – 5,0 ммоль/л (3,33-5,55); через два часа после нагрузки глюкозой – 7,7 ммоль/л (до 7,8); HbA1c – 5,8

% (до 6,0%).

3. ТТГ – 2,3 мМЕ/л (0,3-3,2 мМЕ/л.);
4. УЗИ ЩЖ: объем 26 см³.



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 101

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

Пациентка В. 47 лет, провизор 22.05.18 г. выполнена дентальная имплантация 3 зубов одномоментно на нижней челюсти слева под местной анестезией. Врачом рекомендован прием НПВП (кетопрофен), антибиотика (фромилид) и охлаждающей гели местно. После операции отмечала боли в нижней челюсти, кроме рекомендованных врачом препаратов принимала баралгин. Заболеваний печени в анамнезе не было.

12.06.18г. Повысилась температура тела до 38°, в связи с чем фромилид был заменен на кларитромицин в течение 5 дней и в последующем доксициклин 5 дней. Пациентка самостоятельно добавила парацетамол. Температура снизилась до 37,2°, однако появился отек левой половины лица и десны. С 15.06.18 стала отмечать нарастающую слабость, периодически озноб. 20.06.18 появилась желтуха, потемнела моча, зуда не было. Пациентка

переведена в инфекционную больницу с диагнозом: Одонтогенный сепсис, токсический гепатит.

Объективно: кожные покровы желтые, с единичными кровоподтеками, склеры, уздечка языка желтушны, легкие и сердце без изменений. Живот обычной формы, умеренно чувствителен в правом подреберье. Перкуторно жидкость в брюшной полости не определяется. При пальпации печени нижний край несколько закруглен, определяется на 3-4см ниже реберной дуги. Верхняя граница печени перкуторно в 5м межреберье. Поверхность печени гладкая, ровная, плотноэластической консистенции. Селезенка пальпаторно не определяется. Пальпируется сигмовидная кишка, нормальных параметров. Точка желчного пузыря умеренно чувствительна, точки и зоны поджелудочной железы безболезненны. В проекции ветвей брюшной аорты систолический шум не определяется.

При лабораторных исследованиях выявлены следующие данные:

1. Общий анализ крови: Hb 102 г/л, СОЭ 38 мм/ч, п/я 9.
2. Биохимический анализ крови: билирубин 92 мкмоль/л (50/42), общий белок 67 г/л, альбумины 45%, глобулины: α_1 – 3,8%(N 3,8-6,5), α_2 – 15%(N6,2-10,5), β – 6% (N 10-15), γ - 30,2 (N 14,5-19,5), АЛТ 197 МЕ/л (N до 42 МЕ/л), АСТ 265 МЕ/л (N до 37 МЕ/л), ГГТП 302МЕ/л (N до 64 МЕ/л), ЩФ 300 ед/л, холестерин 3,2 ммоль/л.
3. Маркеры вирусных гепатитов В и С отрицательны.
4. Компьютерная томограмма: оцените результаты исследования.

.4.Компьютерная томограмма органов брюшной полости с болюсным контрастированием: оцените результаты исследования.



1. УЗИ: размеры печени: косой вертикальный размер правой доли – 162мм (норма до 150 мм), левая доля – 80мм (норма до 70мм), структура печени однородная, эхогенность средняя. Контуры ровные. Воротная вена 14 мм (норма 12-15 мм), селезенка 60 см 2 (норма до 50 см2), селезеночная вена 6 мм (норма 4-6 мм). Желчный пузырь 40x25 мм, содержимое анэхогенное, с тонкой полоской сладжа 2x25 мм. Поджелудочная железа 25x18x24 мм, однородна, вирсунгов проток 1 мм. Асцита нет.

Вопросы:

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

Ситуационная задача № 102

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

Пациентка Ж, 48 лет отмечает периодическую тяжесть в правом подреберье, эпигастрии, зуд кожи, преимущественно ладоней и стоп, менее выражен - других участков тела, зуд усиливается ночью. Беспокоит слабость, сонливость днем, бессонница ночью, кровоточивость десен, особенно при чистке зубов. Беспокоят боли, особенно в крупных суставах (локтевые, коленные, тазобедренные), в связи с чем отмечает изменение походки. Кожный зуд появился 3 года назад, сначала - на ладонях и стопах, а затем распространился на все тело; пила антигистаминные препараты без эффекта, наблюдалась у дерматолога. Последний год зуд усилился, появилась слабость, стала темнеть моча, появилась желтуха и боли в крупных суставах. В последние 2 недели указанные симптомы усилились, появилась боль в правом подреберье, снижение настроения, вплоть до депрессии. Госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение.

Заболеваний печени ранее не было. Операций не было. Аллергологический анамнез спокоен. Речную рыбу не употребляет. 10 лет тому назад диагностирована ЯБ ДПК, пролечена, обострений не было. Наркотики не употребляла, алкоголь (вино) употребляет редко, в количестве 50-100 мл. Гемотрансфузии не проводились.

Объективно: Состояние средней степени тяжести. В месте и времени ориентирована. Кожные покровы грязно-желтушные, сухие, с расчесами, на груди единичные «сосудистые звездочки», неяркие «печеночные ладони». Пониженного питания. Дыхание через нос свободное. В легких и сердце патологических изменений не выявлено. ЧСС 60 в мин, АД 120/80 мм рт. ст. Слизистая полости рта и особенно уздечка языка ярко желтые. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 3-4 см по правой среднеключичной линии, плотная, край закруглен, безболезнен при пальпации. Пальпируется нижний край селезенки. Поясничная область не изменена, отеков нет.



Какие изменения выявлены при осмотре больной (на фото)?

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

1. Общий анализ крови: СОЭ 33 мм/час; Hb 128 г/л; лейкоц. $4,2 \times 10^9$; эритро. 4×10^{12} ; цв. пок. 0,9, Э 5 %; П 1 %; С 62 %; Л 22 %; М 10 %; тромб 224×10^9 /л;
2. Биохимический анализ крови: общий белок 73 г/л (65-85); альбумин 37,7 % (N min 35 г/л); глобулины α_1 - 9,5 % (3,5-5,6); α_2 - 7,7 % (6,9-10,5); β - 10,9 % (7,3-12,5); γ - 34,1 % (12,8-19); билирубин общий 63,7 мкмоль/л, связанный 53,4 мкмоль/л; глюкоза 4,5 ммоль/л; мочевины 3,2 ммоль/л, креатинин 0,04 ммоль/л. холестерин общий 9,8 ммоль/л, калий 4 ммоль/л, натрий 133 ммоль/л, сывороточное железо 25 мкмоль/л (6,6-26); АСТ 53,2 U/l (N 5-37); АЛТ 48,6 U/l (N 4-42); ЩФ 769 U/L (N 64-306); ГГТ 841,1

U/L (N 7-64).

3. Копрограмма: нейтр. жир – значительное количество; жирные кислоты – небольшое количество; мышечные волокна непереваренные – небольшое количество; бактерии – большое количество; простейшие, яйца гельминтов – не обнаружены.
4. Вирусологическое исследование на гепатит В и С отрицательно.
5. ЭКГ: Умеренные дисметаболические изменения.
6. ЭГДС: Пищевод свободно проходим, в нижней трети на 3 и 6 ч варикозно расширенные венозные стволы до 2-3 мм, не напряженные. Розетка кардии б/о. В желудке слизь, желчь. Складки обычного калибра, слизистая с очагами неяркой гиперемии. Привратник обычной формы, в луковице ДПК белый рубец на передней стенке. БДС обычной формы, не изменен.
7. УЗИ органов брюшной полости: Правая доля печени до 170 мм, структура диффузно неоднородная. Признаков билиарной гипертензии нет. Воротная вена 16 мм. ОЖП 5 мм. Вирсунгов проток 1 мм, Селезенка 90 см². Селезеночная вена 10 мм. Свободной жидкости в брюшной полости нет.

Вопросы:

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

Ситуационная задача № 103

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

Больная М., 50 лет обратилась с жалобами на постоянную слабость, быструю утомляемость, одышку и усиленное сердцебиение после любой физической нагрузки, постоянную сухость кожи, которая не купируется при использовании различных косметических средств, изменение вкуса (желание постоянно есть соленую пищу, мел), отвращение к мясной пище, усиленное выпадение волос, ломкость ногтей, неприятный привкус во рту, в течение последней недели – повышение температуры в течение всего дня до 37,0°C. Физиологические отправления: без особенностей.

Ухудшение самочувствия в течение последних 5-6 месяцев. В течение 5 лет наблюдается у гинеколога по поводу миомы тела матки. Последний осмотр у гинеколога 6 месяцев назад.

При осмотре - кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, сухие с участками гиперкератоза в области локтевых и коленных суставов. Волосы на голове – тусклые, редкие, ломкие, с секущимися концами. Ногтевые пластинки: не ровные, с поперечной исчерченностью, расслаивающиеся, ломкие. Язык влажный, обложен серым налетом по средней линии. Периферические лимфоузлы – не увеличены. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень – по краю реберной дуги, размеры: 10-8-7 см, селезенка – не пальпируется, размер – 8х5 см. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 22 в мин. Область сердца не изменена. Мягкий систолический шум в V межреберье по левой СКЛ. В других точках аускультации – дополнительных шумов не определяется. ЧСС – 100 ударов в минуту. По другим органам и систем – без особенностей.

Дополнительные исследования:

1. Общий анализ крови - Hb - 51 г/л, эритроциты – $2,1 \times 10^{12}$ /л, MCV – 65 fl, MCH-19 пг, MCHC – 270 г/л, ретикулоциты – 27 %, тромбоциты - 256×10^9 /л, лейкоциты - $7,1 \times 10^9$ /л, СОЭ – 59 мм/ч., анизоцитоз - +++, пойкилоцитоз-+++.
2. Биохимический анализ крови: общий билирубин – 17,5 ммоль/л, АСТ – 38 Ед/л, АЛТ – 35 Ед/л, глюкоза 4,9 ммоль/л, сывороточное железо – 3,2 мкмоль/л
3. Кал на скрытую кровь отрицателен.

Вопросы:

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

Ситуационная задача № 104

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

Пациент М., 72 лет, обратился в поликлинику с жалобами на одышку с чувством нехватки воздуха и учащенное сердцебиение при физической нагрузке; онемение стоп и нижней трети голени по типу «носок» («не чувствует землю»), снижение аппетита, тошноту, боли в эпигастрии после еды, ощущение тяжести в правом подреберье, похудел за последний год. Физиологические отправления - без особенностей. Ухудшение самочувствия в течение последнего года.

Объективно: Кожные покровы и видимые слизистые бледные с желтушным (лимонным) оттенком, без высыпаний. При пальпации стоп отмечается снижение тактильной чувствительности с обеих сторон. ЧД – 18 в мин. Над легкими при перкуссии легочной звук, дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. Пульс учащен до 100 в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/70 мм. рт. ст. Ритм сердечной деятельности учащен до 100 в мин, тоны сердца правильного соотношения. Язык влажный, малинового цвета, сосочковый слой сглажен. Живот при пальпации мягкий, слегка болезнен в эпигастрии. Нижняя граница желудка на 2 см выше пупка. Печень выступает из подреберья на 3см, нижний край округлый, плотно-эластичной консистенции, размеры по Курлову 11 x 10 x 8 см. Селезенка на 1 см ниже реберной дуги. Размеры 10 x 12 см. Область почек безболезненная, поколачивание по пояснице безболезненно.

1. Общий анализ крови: HGB - 63 г/л, RBC – $2,7 \times 10^{12}$ /л, MCV – 112 fl, MCH-42 пг, MCHC – 342 г/л, WBC - $2,9 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 1 %, сегментоядерные нейтрофилы – 74 %, лимфоциты – 20 %, моноциты – 5 %, СОЭ – 46 мм/ч.

2. Биохимический анализ крови: общий билирубин – 46,9 мкмоль/л, прямой 4,2 мкмоль/л, непрямой 42,7 мкмоль/л, глюкоза 4,8 ммоль/л, АСТ – 38 Ед/л, АЛТ – 40 Ед/л,

сывороточное железо – 10,2 мкмоль/л., АСТ – 34 Ед/л, АЛТ – 35 Ед/л, глюкоза 4,9 ммоль/л, сывороточное железо – 3,2 мкмоль/л., концентрация витамина В₁₂ - 80 пг/мл (норма 100 - 4000 пг/мл).

3. Анализ мочи общий: относительная плотность 1,009, РН слабо кислая, белка нет, сахара в моче нет, выявлен уробилин, эпителий 0-1 в п/зр, лейкоциты 2-3 в п/зр.

4. Кал на скрытую кровь отрицателен.

Вопросы:

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

Ситуационная задача № 105

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

На прием в поликлинику обратилась женщина 32 лет с жалобами на резкую слабость, головокружение, снижение массы тела около 10 кг в течение 2-х месяцев, снижение аппетита, одышку при незначительной физической нагрузке, постоянное ощущение сердцебиения, склонность к частым образованиям синяков на любой поверхности кожных покровов без каких-либо воздействий, частые носовые кровотечения, кровоточивость десен, повышение температуры тела до 38,8°C с ознобами. В течение недели отмечает появление и нарастание резкой слабости, повышение температуры тела до 39°C, кровоточивость десен, носовые кровотечения, с прогрессирующим ухудшением самочувствия. Ранее подобных жалоб никогда не отмечала, ухудшение самочувствия ни с чем связать не может, какой-либо терапии по данному поводу не проводила. Работает преподавателем начальных классов.

Объективно: Общее состояние тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, умеренной влажности, экхимозы по всему телу в различных стадиях «цветения», большое количество свежих высыпаний. При осмотре ротовой полости кровоточивость десен при минимальном воздействии (шпателем); периферические лимфатические узлы: пальпируются задние шейные, подчелюстные, субпекторальные лимфатические узлы с обеих сторон, до 0,5-1,5 см., безболезненные, кожные покровы над ними не изменены. В легких дыхание везикулярное. АД – 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца учащены до 112 в мин. Живот обычной конфигурации, симметричный; при пальпации мягкий, безболезненный. Печень выступает из подреберья на 5см., безболезненна, размеры по Курлову 11 x 110 x 9 см. Пузырные симптомы отрицательные. Нижний край селезенки выступает на 2 см из-под края реберной дуги, размеры 13 x 8 см. Симптом поколачивания поясничной области отрицательный с обеих сторон.

1. Общий анализ крови: HGB - 54 г/л, RBC - $2,3 \times 10^{12}/л$, MCV – 90 fl, MCH-26 пг, MCHC – 355 г/л, PLT – $29 \times 10^9/л$, WBC – $67,9 \times 10^9/л$, бласты – 25%, палочкоядерные нейтрофилы – 4% сегментоядерные нейтрофилы – 51 %, лимфоциты – 20%, СОЭ – 79 мм/ч.

2. Биохимический анализ крови: билирубин общий 20,2 мкмоль/л; прямой 4,5 мкмоль/л, глюкоза 5,2 ммоль/л, общий холестерин 5,3 ммоль/л, АЛТ 40 Ед/л (норма 4-42 Ед/л); АСТ 35 Ед/л (норма 5-37 Ед/л); амилаза крови 28 г/л (норма 12-32 г/л в час); фибриноген 2,5 г/л., сывороточное железо 11,3 мкмоль/л (норма 10,6-28,3 мкмоль/л).

3. Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачная, относительная плотность 1,012; белок не обнаружен, WBC 3-6 в поле зрения, RBC 2-3 в поле зрения

4. Анализ крови на филадельфийскую хромосому: положителен.

Вопросы:

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

Ситуационная задача № 106

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

Больной М 46 лет, болен в течение недели, отмечалось повышение t до 38°C , сопровождалось потливостью, слабостью, тупой болью в грудной клетке, усиливающейся при запрокидывании головы, кашлем, одышкой. В течение 2 дней боли в грудной клетке исчезли, появилась отечность лица, усилилась одышка, нарастала слабость, умеренные боли в правом подреберье. Утром, при попытке встать с кровати, кратковременная потеря сознания. Бригада СМП зарегистрировала АД до 70/60 мм.рт.ст., отсутствие мочи.

Объективно: Больной доставлен в санпропускник. При осмотре обращает внимание отечность, цианоз лица, набухшие шейные вены, увеличивающиеся на вдохе. При перкуссии легких слева притупление легочного звука в подлопаточной области, бронхиальный оттенок дыхания при аускультации, ЧД 26 в мин. Границы сердца расширены в обе стороны, абсолютная тупость сердца совпадает с относительной тупостью, верхушечный толчок не определяется, тоны сердца глухие. Пульс малого наполнения и напряжения. АД 100/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, печень умеренно болезненна, выступает на 2,5 см из-под реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Дополнительные исследования:

1. Общий анализ крови: СОЭ- 30 мм/час; лейкоциты – $12 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные нейтрофилы – 12%
2. Биохимический анализ крови: глюкоза 5,2 ммоль/л, холестерин 6 ммоль/л, билирубин 36 мкмоль/л, АСТ 56 МЕ/л, АЛТ 58 МЕ/л, общий белок 60 г/л.
3. ЭКГ:



4. Рентгенограмма:



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 107

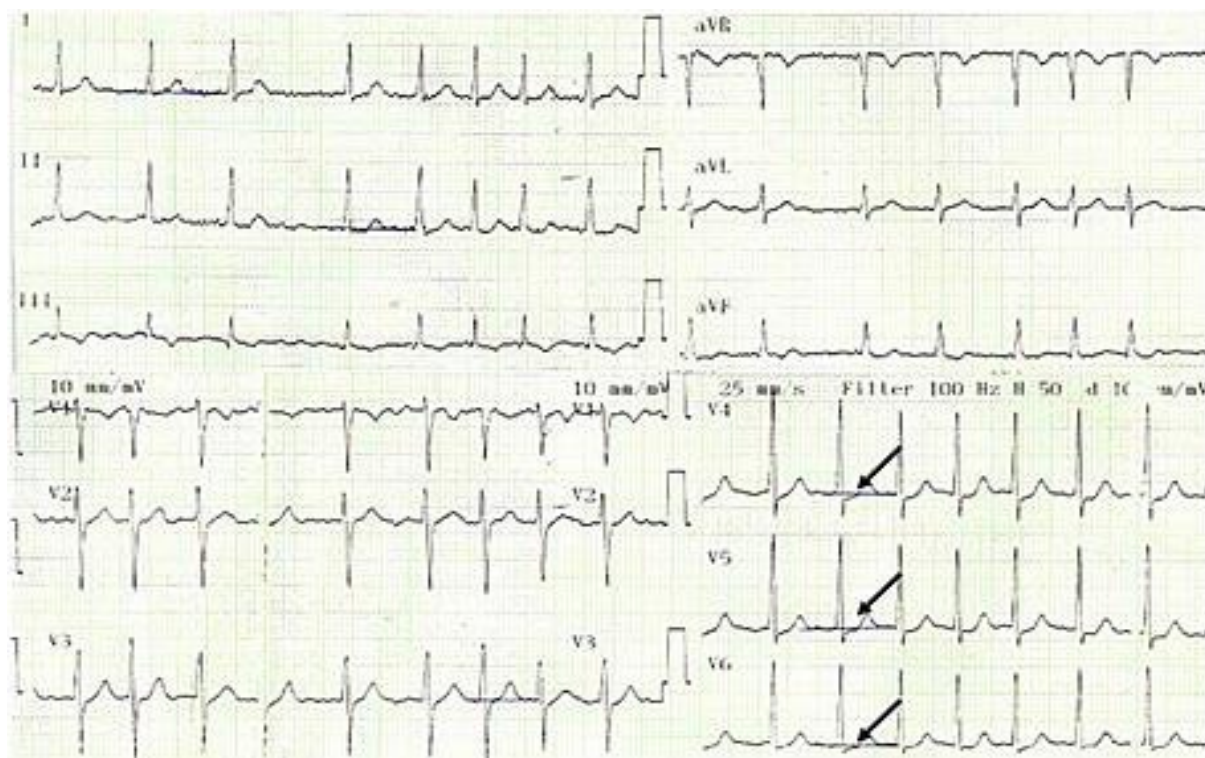
ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17

Больной М 60 лет. Жалобы на боль за грудиной, с иррадиацией в шею, боль волнообразная с распространением в спину, сопровождается одышкой, слабостью, потливостью. Больной страдает артериальной гипертензией более 10 лет, лекарства принимает нерегулярно, периодически отмечалось кризовое течение артериальной гипертензии.

Объективно: состояние тяжелое больной бледен, возбужден, кожные покровы влажные. В верхних отделах лёгких единичные сухие хрипы. Пульс 120 ударов в минуту, ритмичный. Отмечается асимметрия пульса на руках. АД 220/100 мм.рт.ст. В сердце выслушивается диастолический шум над аортой. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Дополнительные исследования:

1. Общий анализ крови: СОЭ – 20 мм/час, Hb – 116 г/л, лейкоциты – $9,0 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты – $4,0 \times 10^{12}/\text{л}$;
2. Биохимический анализ крови: холестерин – 8,1 ммоль/л, глюкоза – 5,6 ммоль/л;
3. ЭКГ:



4. Рентгенограмма:



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 108

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

Больной И., 65 лет, пенсионер, доставлен в стационар бригадой СМП с жалобами на интенсивные сжимающие боли за грудиной, иррадиирующие по всей передней поверхности грудной клетки, резкую слабость.

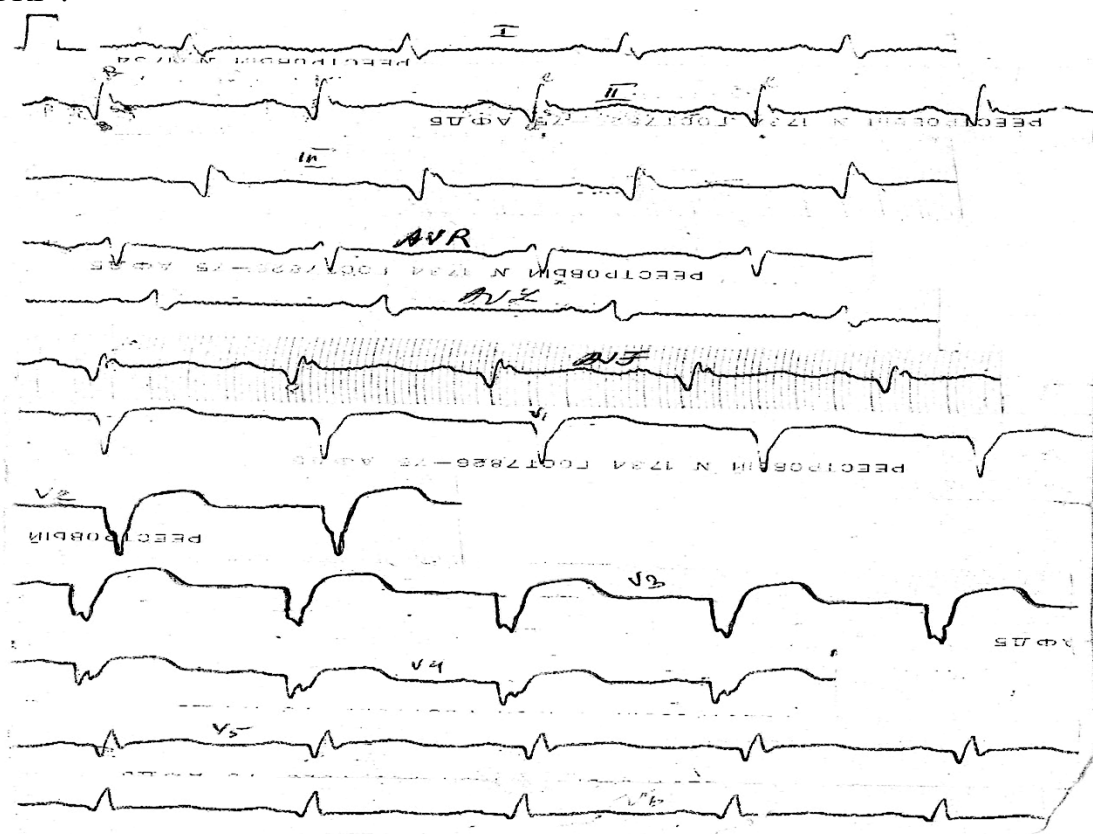
Из анамнеза заболевания: в течение 5 лет отмечает периодическое повышение АД до 170/90 мм рт.ст., сопровождающееся головными болями, тошнотой. В течение последнего года при ходьбе стали появляться локализованные сжимающие боли за грудиной, проходившие в покое через 3-5 мин. Не обследован, лекарственные препараты не принимал. Настоящее ухудшение – 1,5 часа назад при работе на огороде. Появились вышеуказанные жалобы, потемнело в глазах, покрылся холодным липким потом. Принял 1 таблетку найз – без эффекта. Нитроглицерин не принимал.

Объективно: состояние тяжелое. Больной в сознании. Кожа бледная, холодный липкий пот. Отёков нет. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧД 24 в минуту. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 120 уд/мин, слабого наполнения, мягкий, малой величины. Границы относительной сердечной тупости: правая на 1 см правее правого края грудины, верхняя – нижний край III ребра, левая – на 1 см влево от среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены, 120 уд/мин. На верхушке сердца I тон ослаблен, акцент II тона на аорте, систолический

убывающий шум на верхушке. АД 90/50 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову 9×8×7 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования:

1. Общий анализ крови: Hb – 130 г/л; эритроциты - $4,7 \times 10^{12}/л$; СОЭ - 11 мм/час; лейкоциты – $9,5 \times 10^9/л$.
2. Биохимический анализ крови: глюкоза – 5,0 ммоль/л, холестерин общий – 8,9 ммоль/л, билирубин общий – 19,0 (прямой – 4,0, непрямой – 15,0) мкмоль/л.
3. Общий анализ мочи: отн. плотность - 1020, белок, сахар - нет, лейкоциты -2-4 в поле зрения, эпителий – 1-2 в поле зрения.
4. ЭКГ :



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 109

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

Больная Н., сторож, 50 лет, обратилась к врачу с жалобами на сжимающие боли за грудиной, возникающие без видимой причины, иррадиирующие в левую лопатку, руку, купируются самостоятельно, постепенно через 30-40 мин. (проба с нитроглицерином отрицательная); головные боли, сердцебиение, одышку при незначительной физической нагрузке, ночные приступы удушья, периодически появляется кашель, чаще в горизонтальном положении.

Анамнез заболевания: в детстве частые ангины, суставные боли (диагностирован ранний артрит). До 40 лет считала себя здоровой. 10 лет назад стала отмечать головные боли, головокружение, появились вышеописанные загрудинные боли. За медицинской помощью не обращалась, связывая ухудшение здоровья с тяжелой посменной работой. Через 5 лет присоединились одышка с затруднением вдоха вначале при быстрой ходьбе, а затем и при спокойной, ночные приступы удушья. Лечилась в стационаре с положительным эффектом. Рекомендованную при выписке терапию принимала. Настоящее ухудшение в течение недели, когда появились вышеуказанные жалобы.

Объективно: Положение - ортопноэ. Кожа бледная, акроцианоз. Отёков нет. Лимфатические узлы не увеличены. ЧД 25 в 1 мин. Ослабленное везикулярное дыхание с обеих сторон, незвучные мелкопузырчатые хрипы. АД 120/88 мм рт. ст. Верхушечный толчок в VI межреберье на 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии, разлитой, усиленный, приподнимающий, положительный. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины в 4-м межреберье, левая – на 2 см кнаружи от левой средне-ключичной линии, верхняя – второе межреберье. Тоны сердца ритмичны, 100 в 1 мин., I тон на верхушке и II тон на аорте ослаблены, акцент II тона на лёгочной артерии, там же расщепление II тона; на верхушке систолический шум, проводящийся в подмышечную область. Над аортой грубый систолический шум, проводящийся на обе сонные артерии. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный.

Данные дополнительных методов исследования:

1. Общий анализ крови: Hb – 140 г/л; эритроциты – $4,7 \times 10^{12}$ /л; ЦП – 1,0; лейкоциты – $6,0 \times 10^9$ /л; эозинофилы - 2%; палочкоядерные нейтрофилы - 5%; сегментоядерные нейтрофилы - 70%; лимфоциты - 18%; моноциты - 5%, СОЭ – 7 мм/ч.
2. Биохимический анализ крови: билирубин общий 16,0 (прямой - 4,0; непрямой - 12,0) мкмоль/л, глюкоза крови – 5,1 ммоль/л, фибриноген 2,0 г/л, ПТИ – 85%, АСТ – 0,26 ммоль/л, АЛТ – 0,36 ммоль/л, холестерин – 5,8 ммоль/л, СРБ – отр.
3. Общий анализ мочи: отн. плотность – 1018, белок, сахар – нет, лейкоц. – 2-5, эпителий – ед. в п/зр., эритроциты, цилиндры – нет.
4. Рентгенограмма:



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 110

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

Больная Ж., 21 года обратилась с жалобами на появление в течение последнего месяца отечности лица, туловища, рук и ног, общую слабость, уменьшение количества суточной мочи. Шесть месяцев назад у больной впервые поднялось артериальное давление до 150/95 мм рт ст, моча стала бурого цвета, появились отек век. Больная обследовалась, выявлен острый гломерулонефрит, лечилась амбулаторно. Цвет мочи нормализовался, давление снизилось до 120/80 мм т ст, сохранялись отеки век по утрам. Все назначенные препараты были отменены, кроме преднизолона, который она получала в дозе 60 мг/с. Ей было рекомендовано плавное снижение дозы препарата (по 5 мг в неделю) с контрольными посещениями врача и обследованиями, однако от наблюдения врача и обследования больная отказалась.

Объективно: состояние больной средней степени тяжести, обусловлено выраженным отеочным синдромом. Кожные покровы бледные, видимые слизистые розового цвета. Отеки мягкие, распространенные (лицо, туловище, конечности). Лимфоузлы не увеличены. ЧД 18/мин. Над легкими везикулярное дыхание. Пульс правильного ритма, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца правильного ритма, частотой 82/мин, соотношение тонов правильное. Живот мягкий, безболезнен, печень не увеличена. Поколачивание по пояснице безболезненно.

1. Общий анализ крови: HGB -135 г/л, RBC - 4.7×10^{12} /л, WBC – 7.2×10^9 /л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 77%, лимфоциты - 18%. СОЭ – 28 мм/ч.
2. Общий анализ мочи: плотность 1,012, сахар – отрицательно, белок – 4,2 г/л, лейкоциты 2-6 в п/зр, гиалиновые цилиндры 3-5 в п/зр.
3. Б/х анализ крови: глюкоза – 4,8 ммоль/л, общий белок – 58 г/л, калий – 4,9 ммоль/л, мочевины – 8,4 ммоль/л, креатинин – 148 мкмоль/л, холестерин 10,2 ммоль/л.
4. СКФ: CKD-EPI 43,2 мл/мин/1,73 м².

Вопросы:

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

Ситуационная задача № 111

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

Больной К. 23 лет, вес 67 кг. Рост 170см

Жалобы: отеки на лице; ногах, мошонке; одышка при незначительной нагрузке; сухость во рту, жажда, уменьшение количества мочи до 800 мл за сутки, пенная моча.

Ап. morb: считает себя больным в течение недели. Заболевание связывает с переохлаждением. Год назад после перенесенной ангины беспокоили отеки на ногах, но к врачу не обращался.

Объективно: Одутловатость лица, отеки на голенях, стопах, мошонке, поясничной области; кожа бледная. Система дыхания: легочной звук по всем легочным полям, в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД 18 в мин. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 0,5 см от правого края грудины, верхняя - нижний край III ребра, левая - на 1 см кнутри от среднеключичной линии. Пульс -72 уд в мин, напряженный. АД – 120/80 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, 9х8х7см по Курлову, край печени ровный безболезненный. Селезенка не пальпируется, почки не пальпируются.

Данные дополнительных методов исследования:

1. Общий анализ крови: эритроциты – $4,5 \times 10^{12}$ /л; Hb – 120 г/л; ЦП – 0,8, MCH – 32Pg, MCV – 102fL, MCHC – 310g/L, гематокрит 20%, лейкоциты – $6,8 \times 10^9$ /л; тромбоциты – 270×10^9 /л; Ht – 36%.

2. Общий анализ мочи: уд. вес 1015; эритроциты – 5-6 в п/зр; лейкоциты – 1-2 в п/зр; белок – 5,5 г/л.

3. Биохимический анализ крови: общий белок – 60 г/л, альбумины – 30 %; α_1 – 6 %; α_2 – 19 %; β – 25 %; γ – 23 %. Холестерин - 11,5 ммоль/л, мочевины – 8,9 ммоль/л; Креатинин – 180 мкмоль/л; К – 4,5 ммоль/л; Na – 131 ммоль/л.

4. Белок в суточной моче: 9,5 гр.

5. УЗИ почек: Размеры правой почки: 110x45, паренхима 13мм. Размеры левой почки: 114x50, паренхимы 14мм. Контуры ровные, четкие. Эхогенность умеренно повышена. Пирамиды визуализируются нечетко. ЧЛС не расширена, структура ЧЛС усилена, неоднородна. Мочевой пузырь наполнен, контуры ровные, содержимое однородное, ООМ-0мл. Конкременты не выявлены. Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений структуры почек.

6. Биопсия почки: получено 28 клубочков, во всех утолщение базальной мембраны. В двух клубочках склероз, петли капилляров пролиферируют, стенки сосудов утолщены, отечны, склерозированы, просветы капилляров неравномерной ширины, дистрофия известных канальцев. Заключение: мембранозная нефропатия, признаки нефросклероза.

7. СКФ: CKD-EPI -43,7 мл/мин/1,73 м²

Вопросы:

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

Ситуационная задача № 112

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

Больной Н, 45 лет обратился к врачу с жалобами на повышение температуры до 38,3° С, головные боли, головокружение, колющие боли в правой половине грудной клетки, связанные с дыханием, сухой кашель, одышку с чувством нехватки воздуха.

Анамнез заболевания: за трое суток до обращения к врачу, вечером, после работы, на фоне полного здоровья, у больного появился озноб, головные боли, боли в грудной клетке при дыхании, покашливание, повысилась температура тела до 38,3°С. Больной начал принимать парацетамол, но самочувствие не улучшилось. В день обращения к врачу появилась одышка с чувством нехватки воздуха при физической нагрузке средней интенсивности. Перенесенных ранее заболеваний и контактов с туберкулезными больными не отмечает, профосмотры ежегодно – без патологии.

Объективно: При осмотре: состояние средней степени тяжести. Румянец на правой щеке, крылья носа участвуют в дыхании. ЧД 26 в 1 мин. Грудная клетка симметрична, правая половина отстаёт в акте дыхания. Голосовое дыхание усилено в 4 – 5 межреберных промежутках справа по средне-ключичной линии, там же укорочение легочного звука и патологическое бронхиальное дыхание. Ритм сердечной деятельности учащён до 94 в 1 мин., тоны сердца правильного соотношения. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Параклинические исследования:

1. Общий анализ крови: эритроциты - $4,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 146 г/л, лейкоциты – $13,2 \times 10^9/л$: э - 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 73%, лимфоциты – 18%, моноциты-1%, СОЭ-25 мм/ч.
2. Биохимический анализ крови: общий белок - 74 г/л, альбумины - 55%, глобулины α_1 - 5%, α_2 -13%, β - 8%, γ - 19%, фибриноген - 5,6 г/л, СРБ +++.
3. Общий анализ мочи: отн. плотность – 1,024; белок – 0,033г/л, единичные эритроциты.
4. ЭКГ: синусовая тахикардия.
5. Рентгенограмма органов грудной клетки 2х проекциях:



Расшифруйте рентгенограммы, дайте заключение

Вопросы:

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

Ситуационная задача № 113

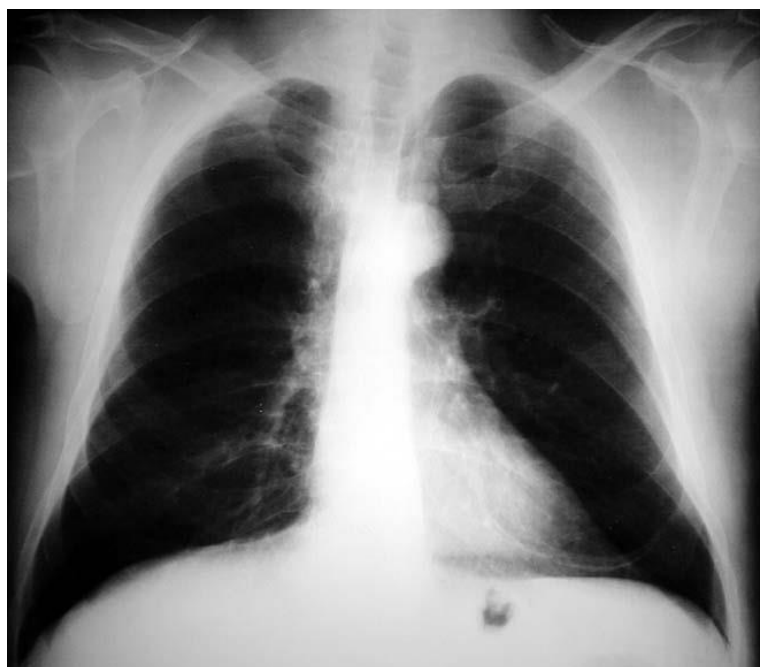
ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17

Больной К, 46 лет, механик, обратился с жалобами на кашель с отделением слизисто-гнойной мокроты, преимущественно по утрам, одышку при физической нагрузке (подъем по лестнице на 2-3 этаж), сердцебиение, слабость, недомогание. Считает себя больным в течение 12 лет. Начало заболевания постепенное. Появился кашель с мокротой по утрам, переохлаждения, как правило, сопровождались повышением температуры тела, усилением кашля, увеличением количества мокроты. В течение последнего года появилось затруднение выдоха при легкой физической нагрузке. Курит с 15 лет по 2 пачке сигарет в день. Контакт с больными туберкулезом не было. За последние 12 месяцев данное обострение с госпитализацией повторное.

Объективно: Сат – тест – 30 баллов, mMRC – 3 балла. Состояние средней степени тяжести. Пониженного питания, цианоз губ, акроцианоз, набухание шейных вен, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, температура тела - 38,1°C. Пастозность стоп. Над легкими коробочный звук, при аускультации - жесткое дыхание, жужжащие и влажные разнокалиберные хрипы, больше в межлопаточном пространстве. ЧД-18 в мин. Границы сердца: правая на 1,5 см вправо от правого края грудины, левая - по левой среднеключичной линии, верхняя - III межреберье. Тоны сердца приглушены, расщепление I тона на вершине и акцент II тона над легочной артерией. Пульс 96 в 1 мин, АД - 135/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под реберной дуги на 2 см, болезненная, размеры по Курлову - 11×10×9 см. Селезенка не пальпируется.

Данные дополнительных методов исследования:

1. Общий анализ крови: эритроциты- $5,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 145 г/л, лейкоциты – $10,2 \times 10^9/л$: э - 0%, палочкоядерные нейтрофилы – 7%, сегментоядерные нейтрофилы – 54%, лимфоциты – 34%, моноциты -5%, СОЭ-13 мм/ч.
2. SpO₂ – 83%.
3. ФВД: ЖЕЛ умеренно снижена; ОФВ₁ - 40%, индекс Тиффно – 0,64.
4. Рентгенограмма органов грудной клетки:



Вопросы:

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

Ситуационная задача № 114

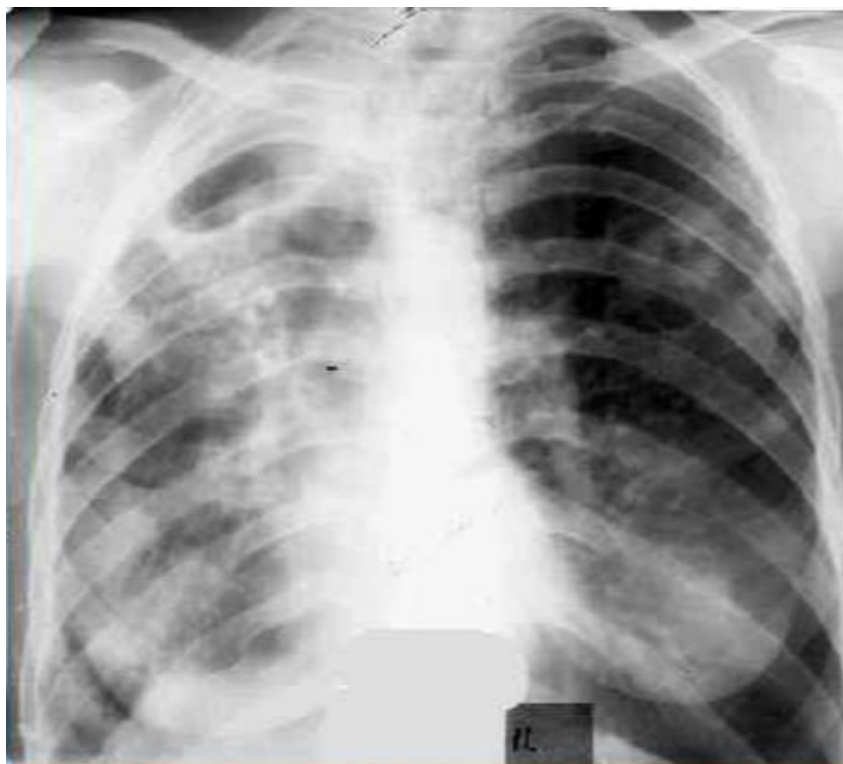
ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15, ПК-16, ПК-17

Больной Ж, 48 лет, инвалид II гр. Беспокоит слабость, выраженное недомогание, усталость в конце рабочего дня, потливость по ночам, одышка при умеренной физической нагрузке, похудел на 4 кг за последние полгода. Болеет давно, более полугода, за медицинской помощью не обращался, лечился самостоятельно, но без эффекта. Заболевание протекает волнообразно. Последние 3 дня отмечает ухудшение состояния. На фоне слабости, умеренной одышки, повысилась температура тела, усилился кашель. Во время приступов кашля отмечается выделение алой пенистой крови от 150-250 мл в сутки.

Объективно: Больной пониженного питания, отмечается западение над- и подключичной ямок справа. Перкуторный звук над верхней долей правого легкого укорочен. Над этой зоной прослушивается бронхиальное дыхание и разнокалиберные влажные хрипы.

Данные дополнительных методов исследования:

1. Общий анализ крови: Нв–95г/л, лейкоциты– $9,9 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 0 %, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы –60 % лимфоциты–31 моноциты –6, СОЭ–28 мм/ч.
2. Биохимический анализ крови: глюкоза 5,1 мкмоль/л, общий белок 59 г/л, альбумины 55%, γ глобулины 30%, АсТ 106МЕ/л, АлТ 80МЕ/л, холестерин 3,7ммоль/л
3. Рентгенограмма прилагается.



Вопросы:

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

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

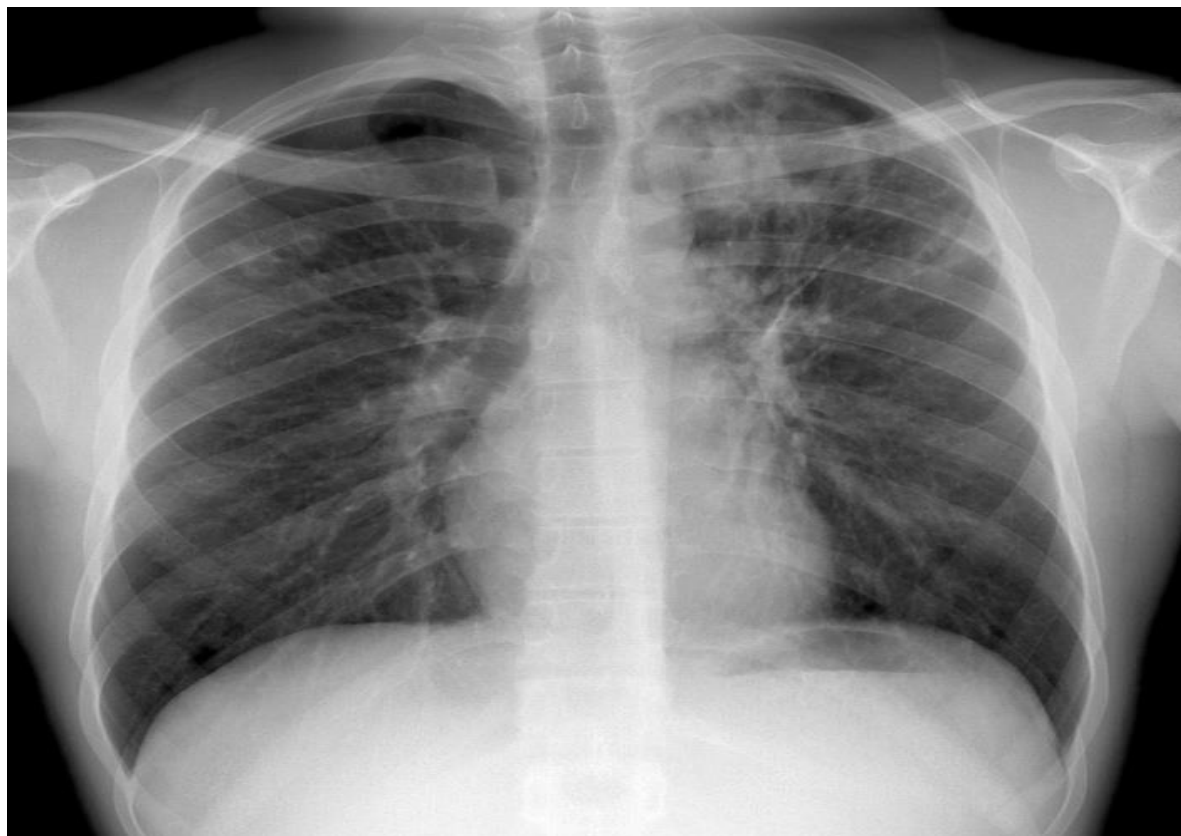
Больной К., 46 лет, водитель, поступил в клинику с жалобами на кашель со слизисто-гнойной мокротой до 50 мл в сутки, одышку смешанного характера, повышение температуры до 37,5°C, похудание на 5 кг.

Заболел около 4-6 месяцев назад, когда появились вышеперечисленные жалобы, несколько раз отмечал появление в мокроте прожилок крови, связывал с частыми переохлаждениями на работе и ОРВИ, за медицинской помощью не обращался и не лечился.

Объективно: Общее состояние больного средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, повышенной влажности. ЧД до 21 в минуту в покое. Грудная клетка: астеника, при осмотре симметрична. При перкуссии легких слева в проекции верхней доли притупление перкуторного звука, дыхание здесь же везикулярное ослабленное, крепитации и хрипов не выслушиваются. Справа над всеми легочными полями дыхание везикулярное, крепитации и хрипов нет. АД 100/60 мм.рт.ст. Пульс одинаковый с обеих сторон 100 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительных качеств. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичны, частота 100 в минуту. Живот при пальпации мягкий, во всех отделах безболезнен. Печень и селезенка не увеличены. Пузырные симптомы отрицательные. Язык обложен белым налетом, суховат. Физиологические отправления в норме.

Данные дополнительных методов исследования:

1. Общий анализ крови: Hb-118 г/л, лейкоциты $-10,9 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилы -0 % палочкоядерные нейтрофилы -13 %, сегментоядерные нейтрофилы -70 %, лимфоциты -11 %, моноциты -6 %, СОЭ-36 мм/час.
2. Биохимический анализ крови: глюкоза 5,7ммоль/л, общий белок 60г/л, альбумины 55%, γ глобулины 30%, АсТ 35МЕ/л, АлТ 39МЕ/л, холестерин 3,5ммоль/л
3. Рентгенограмма: оцените рентгенограмму; при выявлении патологии определите, для какого заболевания характерны выявленные изменения.



Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного.

3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Назовите критерии и методы оценки эффективности терапии.
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определите трудоспособность.

Ситуационная задача № 116

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

Пациентка 30 лет, преподаватель средней школы, доставлена БСМП, которую вызвала из-за выраженной нарастающей слабости (не могла встать с постели), многократной рвоты слизистым содержимым. Два года назад выявлена хроническая надпочечниковая недостаточность. Получает терапию: преднизолон 5 мг утром, кортизона ацетата 25 мг в 14 ч, кортинефф 0,1 мг утром. Состояние было удовлетворительным, справлялась с профессиональной деятельностью и работой по дому, занималась детьми. Два дня назад заболела ОРВИ (болели дети, диагноз выставлялся детским врачом): ломота в теле, повышение температуры до 38°C , пропал аппетит. Препараты принимала в прежнем режиме. Состояние больной резко ухудшилось в течение последнего дня: слабость, адинамия, тошнота, рвота. При осмотре врач БСМП зарегистрировал АД 60/30 мм рт.ст.). Во время транспортировки в/в вводился физиологический р-р хлорида натрия.

Объективно: состояние тяжелое. Из-за слабости не может повернуться на бок, голос еле слышен. Кожные покровы сухие, коричневого цвета. ЧД-16 в мин. Пульс слабого наполнения, 100 в минуту. АД 50/0 мм рт.ст. Сердечные тоны приглушены, ритмичны. ЧСС 100 в минуту. Слизистые ротовой полости чистые, язык суховат, чистый. Живот втянут, реагирует беспокойством при пальпации живота, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Периодически появляются кратковременные судороги в конечностях.

Данные дополнительных методов исследования:

1. Общий анализ крови: количество лейкоцитов $6,6 \times 10^9/\text{л}$; количество эритроцитов $4,0 \times 10^{12}/\text{л}$; гемоглобин 140 г/л; СОЭ 16 мм/ч
2. Биохимический анализ крови: глюкоза 3,0 ммоль/л, калий - 6,0 ммоль/л, натрий - 121 ммоль/л.
3. Общий анализ мочи: плотность-1015, лейкоциты -2 в п/з, эритроциты -2 в п/з.
4. ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 105 в минуту, признаки гиперкалиемии.

Вопросы:

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

Ситуационная задача № 117

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

Пациентка А, 30 лет предъявляет жалобы на ежедневные внезапные приступы слабости, выраженной потливости, появившиеся в течение последних месяцев; при этом регистрировала глюкозу по глюкометру: 2,2- 3,3 ммоль/л.

Сахарный диабет с 3х-летнего возраста. Получает инсулин в режиме базис-болюсной терапии: Хумулин НПХ по 12 ЕД утром и вечером, Хумалог по 6-8 ЕД перед основными приемами пищи по уровню УЕ. В течение 15 лет обнаруживается белок в моче, изменения на глазном дне 10 лет (лазер-терапия дважды). Последние три года: отеки на лице, туловище; постоянно получает Нолипрел БиФорте, Крестор (20 мг). Год назад выявлено снижение гемоглобина, получает препараты железа и Эритропозтин под контролем Нв. 6 месяцев назад при нарастании отеков и появлении одышки назначен фурасемид (до 8 таблеток /сутки). Работает переводчиком.

Объективно: Общее состояние средней степени тяжести. Масса тела 64 кг, рост 168 см. Кожные покровы сухие, бледные. Слизистые умеренно бледные. Лицо отечно, мимика сохранена. Подкожная клетчатка диффузно пастозна. Мышцы развиты слабо. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс сохранен на всех артериях. Тоны сердца: ритм правильный, ЧСС 80 в мин. АД 120/75 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Снижена температурная и тактильная чувствительность по типу «гольф».

Данные дополнительных методов исследования:

- 1.Общий анализ крови: СОЭ 15 мм/час, лейкоциты – $6,3 \cdot 10^9$ /л, эритроциты – $3,2 \cdot 10^{12}$ /л, Нв -100 г/л.
2. Биохимический анализ крови: глюкоза натощак 4,3 ммоль/л, креатинин 356 мкмоль/л, холестерин 4,2 мкмоль/л, общий белок 76 г/л .
- 4.ЭКГ: метаболические изменения
- 5.Суточный диурез 1,8 л, белок - 3,85 г/л
- 6.Осмотр глазного дна:



Вопросы:

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

ХИРУРГИЯ

Ситуационная задача № 1

Вас, как участкового врача, пригласили на дом к больному 30 лет, который болеет в течение 5 лет язвенной болезнью желудка. Неоднократно проходил амбулаторно курсы консервативной терапии, обычно это происходило весной или осенью. Сегодня утром, встав с постели, на несколько секунд потерял сознание, стал отмечать общую слабость, головокружение. Вскоре появилась тошнота, однократная рвота цвета «кофейной гущи». Объективно: врач обнаружил бледные кожные покровы, живот правильной формы, мягкий при пальпации умеренно болезненный в эпигастриальной области, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Пульс 110 уд. в мин. АД 100/70 мм.рт.ст.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Ваши действия?
3. Какую лечебную тактику Вы предпримете?
4. Какие лабораторные показатели крови Вас должны интересовать?
5. Возможные виды операций?

Ситуационная задача № 2

У больного 36 лет утром появились ноющие боли в правой подвздошной области, усилившиеся и ставшие очень интенсивными к вечеру. Появились частые позывы на мочеиспускание, поднялась температура до 37,6°C, была однократная рвота. Раньше подобных болей больной не отмечал. Язык обложен белым налетом, суховат. Живот в правой подвздошной области напряжен, резко болезнен. Симптом Щеткина-Блюмберга справа резко положителен. Положительны симптомы Ровзинга, Ситковского, Симптом Пастернацкого отрицателен.

В моче изменений нет. Лейкоцитов в крови $16,0 \times 10^9 / \text{л}$.

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
3. Какие исследования необходимо провести дополнительно?
4. Как расцените данные УЗИ?

ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №3
г. Кемерово

отделение УЗИ
тел. 36-26-21

Протокол ультразвукового исследования
от 07.04.02

ФИО: Больной
Год рожд.: 19
Направлен:

Адрес:

УЗИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Почки расположены типично. В размерах не изменены. Подвижность почек при дыхании сохранена. Контуры ровные, толщина паренхимы сохранена, полостная система не расширена. Мочеточники и надпочечники не визуализируются. Конкрементов не выявлено.

Заключение:

Врач:

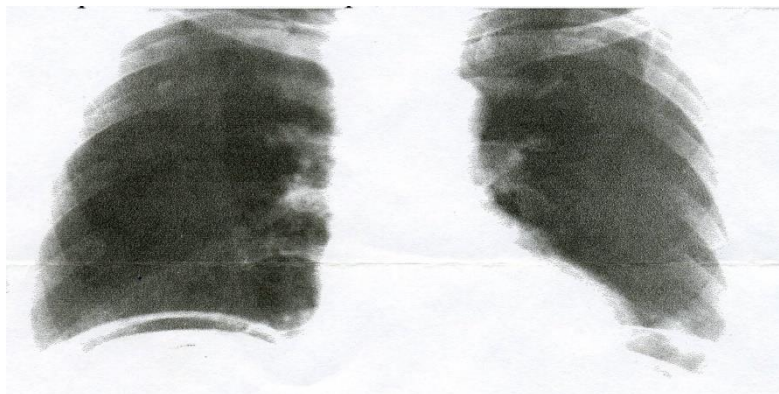
Ситуационная задача № 3

Больной 32 лет обратился с жалобами на боли в правой подвздошной области, появившиеся сутки назад. Заболел остро, возникла сильная боль в эпигастральной области, была однократная рвота, повысилась температура тела до 37,6°C, затем боли сместились в правую подвздошную область и уменьшились, но не исчезли совсем. Стул был нормальный.

При осмотре: Общее состояние удовлетворительное. Активен. Рс 84в'. Язык влажный, температура нормальная, отмечается небольшая болезненность в правой подвздошной области, напряжения мышц нет. Температура тела 37,3°C. Слабоположительные симптомы Ситковского и Ровзинга. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Никаких образований в брюшной полости не определяется.

Лейкоцитов в крови 8,0-10⁹/л. Анализ мочи без особенностей.

Ниже представлены обзорные рентгенограммы органов грудной клетки.



Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз?
2. С каким заболеванием следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие инструментальные методы исследования следует провести, с какой целью, и в какой последовательности?
4. Имеются ли и какие патологические изменения на представленной рентгенограмме?

Ситуационная задача № 4

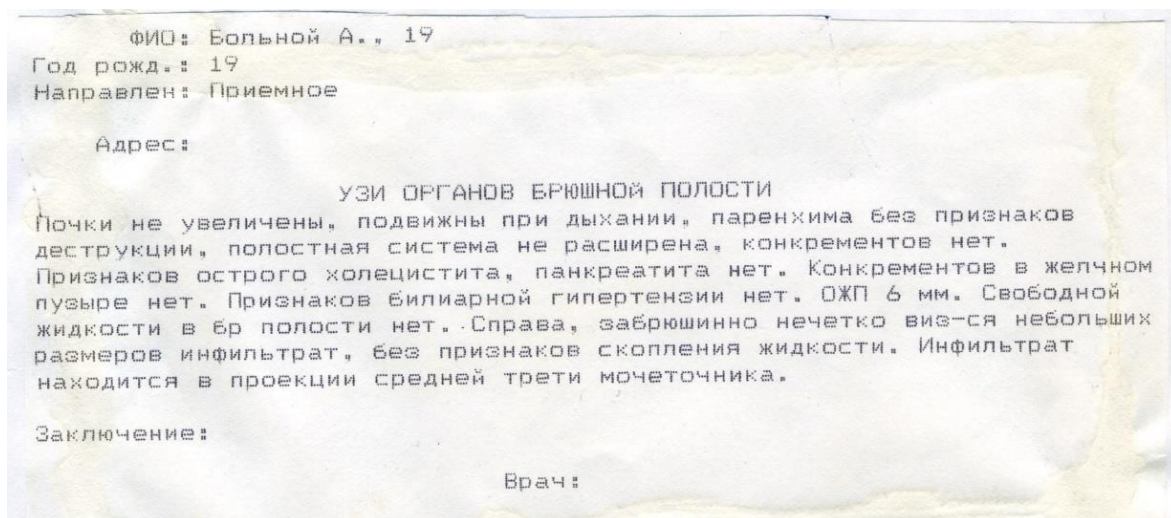
Больной 19 лет поступил через сутки от начала заболевания с жалобами на пульсирующие боли над лобком справа и в правой поясничной области, учащенное мочеиспускание. Накануне заболевания длительное время находился на открытом воздухе, переохладился. Общее состояние больного удовлетворительное. Температура 37,8°C, пульс 92 в минуту. Обращает внимание вынужденное положение больного на спине с согнутым в тазобедренном суставе и приведенным к животу правым бедром. При попытке разогнуть бедро больной начинает кричать от выраженных болей в поясничной области.

Живот мягкий, болезненный в правой подвздошной области только при очень глубокой пальпации. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Определяется болезненность при пальпации в проекции треугольника Пти и резко положительный симптом Пастернацкого справа. Симптом Ровзинга положительный, симптом Ситковского отрицательный.

Эритроцитурия. Лейкоцитов в крови $14,3 \times 10^9/\text{л}$.

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз?
2. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные исследования помогут уточнить диагноз?
4. Прокомментируйте УЗИ.



Ситуационная задача № 5

Больная 60 лет, тучная женщина, страдает несколько лет хроническим калькулезным холециститом. Приступы заболевания беспокоят пациентку 1-2 раза в год, как правило, после погрешностей в диете. Приступы купировала приемами спазмолитиков и анальгетиков. От предлагаемой 3 года назад плановой операции удаления желчного пузыря отказалась.

Неделю назад у больной начался выраженный приступ боли в правом подреберье.

Острота приступа на фоне самостоятельного приема спазмолитиков к исходу суток уменьшилась. Однако появилась иктеричность склер, желтушное окрашивание кожных покровов.

При поступлении в приемный покой хирургического стационара общее состояние больной средней степени тяжести. Язык сухой, обложен налетом. Кожные покровы желтушного цвета. Склеры иктеричны. Живот немного вздут. Определяется выраженная болезненность при пальпации в правом подреберье, нечеткий симптом Щеткина-Блюмберга. Пульс 96 уд. в мин. Температура 37,8 град. С. Общий билирубин крови - 180 мкмоль/л. Лейкоцитов в крови $12,0 \times 10^9/\text{л}$.

При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости установлено, что желчный пузырь увеличен в размерах до 12 см, стенка его утолщена до 6 мм, не сокращается. В просвете пузыря определяются многочисленные конкременты округлой формы диаметром до 6-8 мм. Общий желчный проток диаметром 15 мм.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз у больной при поступлении в хирургический стационар.
2. Определите тактику лечения пациентки.
3. Назначьте схему консервативного лечения .
4. Какие дополнительные диагностические исследования и с какой целью необходимо выполнить больной?
5. Какую инструментальную процедуру необходимо выполнить, что бы ликвидировать у пациентки механическую желтуху?
6. Когда после этих процедур можно ставить вопрос о холецистэктомии?

Ситуационная задача № 6

В приемное отделение поступила больная 52 лет. Накануне обильно поужинала. Утром ощутила резкие боли в эпигастральной области опоясывающего характера. Появилось затрудненное дыхание, многократная рвота, не дающая облегчения, слабость . обильное потоотделение. Температура 37 град.С . расстройств мочеиспускания нет. Задержка стула, газы не отходят. Ранее ничем не болела. Доставлена через 6 часов от начала заболевания.

При осмотре состояние тяжелое, больная бледна, кожа покрыта холодным потом. Пульс 140 уд. в мин. Артериальное давление 100/60 мм рт.ст. Язык сухой , обложен белым налетом. Живот подвздут, слабо принимает участие в дыхательных движениях. Перистальтика вялая, выслушивается при аускультации с большим трудом. Печеночная тупость сохранена. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Симптомов раздражения брюшины нет. Резкая болезненность при пальпации эпигастральной области. Положительны симптомы Воскресенского и Мео-Робсона. Лейкоцитов в крови $13,0 \times 10^9$ Ед./л. Диастаза крови 600 ед./л

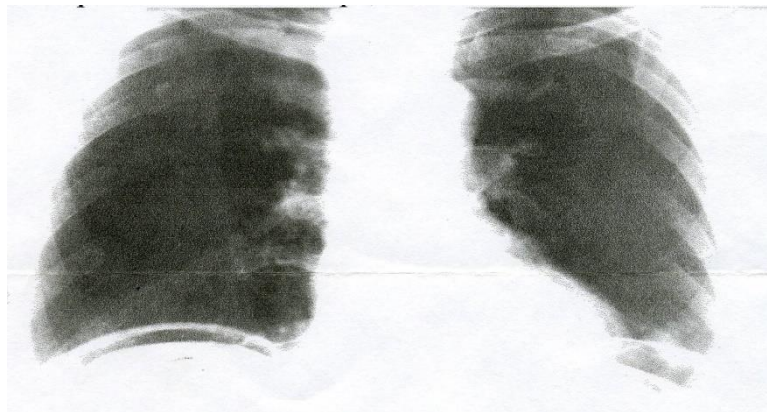
Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз у больной при поступлении.
2. Как называется расстройство функции ЖКТ, возникающее при этом заболевании?
3. Опишите патогенез развившегося расстройства.
4. Назначьте лечение больной.
5. Опишите лечение нарушенной функции ЖКТ.
6. Как зависит прогноз лечения больной с основным заболеванием от результата лечения возникшего расстройства ЖКТ?

Ситуационная задача № 7

Больной 36 лет поступил через 4 ч от начала заболевания. Заболевание началось очень остро, резкими болями в эпигастральной области, была однократная рвота. Больной находился в квартире один и смог вызвать врача только через 3 ч.

В момент осмотра общее состояние больного удовлетворительное, жалуется на боли в правой подвздошной области, где имеется резкая локальная болезненность, защитное напряжение мышц и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Температура 37,3°C, пульс 100 в'. Лейкоцитов в крови $15,0 \times 10^9/\text{л}$. Положительным оказался и симптом Ровзинга. Обзорная рентгенограмма органов брюшной полости представлена ниже.



Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз?
2. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные методы исследований и в какой последовательности следует провести?
4. Какие патологические изменения имеются на представленной рентгенограмме?

Ситуационная задача № 8

Больная 78 лет поступила в приемное отделение хирургического стационара через 4 часа от начала заболевания с жалобами на выраженные схваткообразные боли в животе, появившиеся вскоре после поднятия тяжелого предмета (приподняла и отодвинула домашнее кресло). Вскоре после появления болей возникла рвота, вздуло живот, перестали отходить газы. Явления подвздутия живота, эпизоды задержки стула беспокоили пациентку и ранее. Эти явления проходили самостоятельно, больная связывала их последний год с возрастом.

При осмотре: пациентка повышенного питания; масса тела, со слов больной, 118 кг. Выраженные складки кожи и подкожной клетчатки в нижней части живота, нависающие над бедрами. В подмышечных областях, в паховых областях участки мацерации кожи и опрелости. Живот вздут, мягкий при пальпации, умеренно болезненный в эпигастральной области. При пальцевом ректальном исследовании ампула прямой кишки пуста.

На обзорном снимке органов брюшной полости стоя выявлены чаши Клойбера, соответствующие по форме толстокишечной непроходимости.

Дежурный врач установил диагноз острой обтурационной кишечной непроходимости и начал консервативные лечебные мероприятия. После сифонной клизмы был небольшой по объему стул, отошли газы. Рвота не возобновлялась, живот немного уменьшился в объеме. Лечебные мероприятия расценены как эффективные и больной продолжено обследование в условиях стационара с целью выяснения причин непроходимости и установления показаний к плановому оперативному вмешательству.

Однако через 6 часов после улучшения больная вновь почувствовала боли в животе уже распространенного характера. Живот вздуло, возникла дважды рвота. При пальпации живота появились признаки раздражения брюшины. После 2-х часовой предоперационной подготовки пациентка была оперирована. Под эндотрахеальным наркозом с релаксантами выполнена среднесрединная лапаротомия. В брюшной полости - серозно-гнойный выпот в объеме 500-800 мл. При ревизии брюшной полости выявлен участок тонкой кишки, втянутый в складку париетальной брюшины под паховой связкой в медиальной ее части справа. Приводящий отдел кишки на протяжении примерно 80 см выше места препятствия раздут газом, гиперемирован, с налетом фибрина. Отводящий участок кишки спавшийся, разового цвета.

Вопросы:

1. Какое неотложное хирургическое заболевание выявлено у больной во время операции?
2. Как продолжить операцию?
3. Что явилось причиной неправильной диагностики выявленного неотложного хирургического заболевания у больной?
4. Какую ошибку допустил врач приемного покоя?
5. Опишите план клинического осмотра больного при подозрении на неотложное хирургическое заболевание органов брюшной полости.

Ситуационная задача № 9

Больной 71 года в течение 3 последних лет испытывает затруднения при мочеиспускании. Моча выделяется тонкой вялой струёй, часты стали позывы на мочеиспускание. Год назад больной заметил в обеих паховых областях округлой формы выпячивания размером 5х5 см, исчезающие в горизонтальном положении. Образования эти безболезненные, мягкой консистенции.

Семенные канатики расположены кнаружи от выпячиваний. Наружные отверстия пахового канала круглой формы диаметром 1,5 см.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Каков сопутствующий диагноз?
3. Какие и с какой целью дополнительные исследования следует провести?
4. Лечебная тактика?

Ситуационная задача № 10

У больного 36 лет была сделана операция через 12 ч после ущемления паховой грыжи. В грыжевом мешке оказались две петли тонкой кишки. После рассечения ущемляющего кольца цвет кишечных петель стал нормальным, они перистальтировали, пульсация сосудов брыжейки была хорошей. Обе петли погружены в брюшную полость, произведена пластика задней стенки пахового канала. Через сутки после операции у больного появились признаки перитонита. Он повторно оперирован. Во время операции обнаружена перфорация некротизированной петли тонкого кишечника, распространенный гнойный перитонит.

Вопросы:

1. Как называется данный вид ущемления?
2. В чём заключалась тактическая ошибка хирурга?
3. Критерии жизнеспособности /нежизнеспособности ущемлённой петли кишечника?
4. Последовательность действий хирурга при обнаружении ущемлённой кишечной петли?

Ситуационная задача № 11

В приёмный покой поступил больной 52 лет с ущемленной паховой грыжей. Он жаловался на сильные боли в месте ущемления, вздутие живота, задержку стула и газов. С момента ущемления прошло 16 ч. В приёмном отделении больницы во время гигиенической ванны грыжа вправилась, отошли газы. После этого больной был осмотрен. Состояние больного удовлетворительное, пульс 84 в минуту, живот умеренно вздут, однако перистальтика выслушивалась, признаки раздражения брюшины отсутствовали. Учитывая значительный срок ущемления, наличие в момент поступления больного в больницу явлений частичной кишечной непроходимости, вы решили сделать больному лапаротомию. Во время операции, кроме некоторого вздутия тонкого кишечника, патологии обнаружено не было.

Вопросы:

1. Обоснованность лапаротомии?
2. Какова рациональная хирургическая тактика?
3. Абсолютные показания к лапаротомии?

Ситуационная задача № 12

У больного 30 лет, поступившего через 6 ч от момента ущемления паховой грыжи, произошло самопроизвольное вправление ее. Общее состояние больного оставалось вполне удовлетворительным, признаков перитонита не наблюдалось. Учитывая сравнительно небольшой срок, прошедший с момента ущемления, молодой возраст больного, настойчивую просьбу больного об операции (грыжа у него в последнее время часто стала ущемляться), хирург через час с момента поступления больного выполнил ему операцию грыжесечения. При этом не удалось детально осмотреть органы брюшной полости, но прилежащие к шейке грыжевого мешка петли тонкого кишечника не изменены, выпота в брюшной полости не было. Операция прошла без осложнений.

На следующий день больной жаловался на вздутие и боли в животе, температура поднялась до 38°C, но эти явления были расценены как реакция и послеоперационный парез. Однако к концу дня стало ясно, что у больного развился перитонит, и он был оперирован.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Причина перитонита?
3. Какова должна быть рациональная тактика хирурга с момента поступления больного?
4. Какую тактическую ошибку допустил хирург в ходе операции?

Ситуационная задача № 13

В приемное отделение поступила больная 52 лет. Накануне обильно поужинала. Утром ощутила резчайшие боли в эпигастральной области, опоясывающего характера. Появилось затрудненное дыхание, многократная рвота, не дающая облегчения, слабость, обильное потоотделение. Температура 37°C. Расстройств мочеиспускания нет. Задержка стула, газы не отходят.

Раньше ничем не болела. Доставлена через 2 ч от начала заболевания. При осмотре состояние тяжелое, больная бледна, выражен акроцианоз, кожа покрыта холодным потом. Пульс 140 в'. Артериальное давление 100/60 мм рт. ст. Язык сухой, покрыт белым налетом. Живот принимает участие в акте дыхания. Перистальтика вялая. Печеночная тупость сохранена. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Живот мягкий при пальпации. Симптомов раздражения брюшины нет. Резкая болезненность в эпигастральной области. Симптомы Воскресенского и Мейо-Робсона положительные.

Пальпируется напряжённый безболезненный желчный пузырь. Лейкоцитов в крови $12,0 \times 10^9/\text{л}$. Диастаза мочи 1024 ед. Билирубин крови 45 мкмоль/л, за счёт прямой фракции.

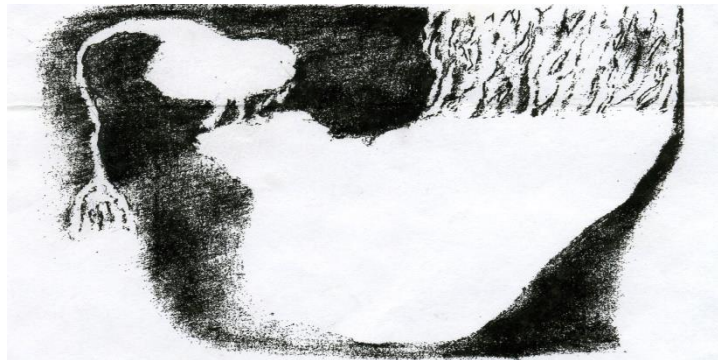
Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Дополнительные методы исследования?
3. Основные лечебные мероприятия?
4. Профилактику, каких возможных осложнений заболевания следует проводить?

Ситуационная задача № 14

Больная 52 лет жалуется на периодически появляющиеся в течение последнего года приступообразные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и лопатку с повышением температуры до 39-39,5°C, проливными потами. За последний месяц такие приступы участились и стали появляться каждые 2-3 дня. Иногда приступы сопровождались появлением желтухи, которая быстро исчезала, а затем появлялась вновь. Общее состояние оставалось удовлетворительным. Отмечала некоторую слабость. Живот обычной формы, мягкий. Печень не увеличена. Желчный пузырь не пальпируется. Болезненность при пальпации в эпигастральной области. Лейкоцитов в крови $9,2 \times 10^9/\text{л}$. СОЭ 60 мм/ч. Рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта без особенностей. При дуоденальном зондировании получены все порции, патологии в них не найдено. Холецистаграфия показала небольшое расширение общего желчного протока. Камни не определяются.

Результат рентгенологического исследования желудка и 12-п. кишки иллюстрированы следующей рентгенограммой:



Вопросы:

- 1.Предварительный диагноз?
- 2.С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
- 3.Какие дополнительные методы исследований необходимо провести для уточнения диагноза?
- 4.Прочтите рентгенограмму.
- 5.Тактика лечения больной?

Ситуационная задача № 15

Больной А. в течение 10 лет страдает язвенной болезнью желудка, поступил в стационар во время очередного обострения. Больной отмечает снижение аппетита, усиление болей после приема пищи. При обследовании в эпигастральной области пальпируется резко болезненное опухолевидное образование.

Анализ крови и мочи без особенностей. При анализе желудочного сока установлено гипоацидное состояние.

Рентгенологическое исследование представлено рентгенограммой:



Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
4. Какова лечебная тактика?

Ситуационная задача № 16

Больной 36 лет в течение 12 лет страдает язвенной болезнью желудка с почти ежегодными обострениями. Лечится регулярно в поликлинике, несколько раз был на курорте, тщательно соблюдает диету. В терапевтическом стационаре ни разу не лечился. При рентгенологическом исследовании язва все время прослеживается.

Вопросы:

1. Что Вы считаете необходимым выяснить из анамнеза заболевания, позволяющее достоверно оценить адекватность лечения?
2. Нуждается ли пациент в дополнительном обследовании и если да, то в каком?
3. Лечебная тактика?
4. В случае выбора в пользу хирургического метода лечения что ляжет в обоснование выбранного метода операции?

Ситуационная задача № 17

Больной 47 лет, 14 лет назад ему был наложен гастроэнтероанастомоз по поводу стеноза выходного отдела желудка. На протяжении 14 лет чувствовал себя хорошо. В последние 2 месяца у больного появились боли, возникающие после приема пищи, ухудшился аппетит, появилась слабость, повышенная утомляемость. Больной потерял в массе тела 8 кг за 3 месяца. Наличие язвы было подтверждено рентгенологически. При рентгенологическом исследовании было установлено, что желудок имеет форму мешка, опорожнение его содержимого происходит, в основном, через анастомоз. Определенного рентгенологического заключения сделано не было.

В анализе крови эритроцитов $3,5 \times 10^9$ /л, гемоглобина 103 г/л, СОЭ - 30 мм/ч.

Вопросы:

1. Каков основной патогенетический механизм рецидива язвенной болезни после операции гастроэнтеростомии?
2. Чем следует объяснить ухудшение состояния больного через 14 лет после операции гастроэнтеростомии?
3. Какие клинические и лабораторные признаки позволяют обосновать данное осложнение?
4. Какие исследования следует провести для уточнения диагноза?
5. Какова лечебная тактика?

Ситуационная задача № 18

Через 3 мес. после резекции 2/3 желудка по Гофмейстеру-Финстереру больной обратился к вам с жалобами на сильную слабость, возникающую через 15—20 мин после еды, сопровождающуюся чувством жара в верхней половине туловища, резким потоотделением. Через некоторое время начинается головокружение, шум в ушах, учащенное сердцебиение, дрожание конечностей. Затем появляется чувство усталости, сонливости, полиурия и жидкий стул. Болей в животе нет, но больной отмечает чувство полноты в желудке в начале приступа. Приступы более выражены при приеме пищи, богатой углеводами. Больной не прибавляет в массе после операции. Дефицит массы тела составляет 8 кг.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Какие методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Лечебная тактика?
4. Показания к хирургическому лечению?

Ситуационная задача № 19

Больной 40 лет поступил в хирургическое отделение через 4 ч от начала заболевания, с жалобами на сильные схваткообразные боли в животе, появившиеся вскоре после тяжелой физической работы, рвоту, вздутие живота, неотхождение газов. Общее состояние больного средней тяжести, он беспокоен, мечется, пульс 92 в минуту, температура нормальная. Живот вздут, мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. При пальцевом ректальном исследовании ампула прямой кишки пуста.

Дежурный врач установил диагноз острой кишечной непроходимости и с лечебной целью поставил сифонную клизму, однако уже после введения небольшой порции жидкости у больного появился стул цвета «мясных помоев». Это склонило врача в пользу диагноза илеоцекальной инвагинации, и он оперировал больного, используя правосторонний параректальный доступ по Ленандеру. Однако, слепая и подвздошная кишки оказались на месте. Не найдя патологии со стороны органов, доступных осмотру из этого разреза, хирург зашил рану и вскрыл брюшную полость средне-срединным разрезом. После длительной ревизии и продолжения разреза вверх было установлено, что в отверстии диафрагмы ущемлена часть поперечной ободочной кишки.

Отверстие в диафрагме хирургом было расширено. Ущемленная петля кишки извлечена в брюшную полость, она оказалась жизнеспособной. Отверстие в диафрагме было ушито.

Вопросы:

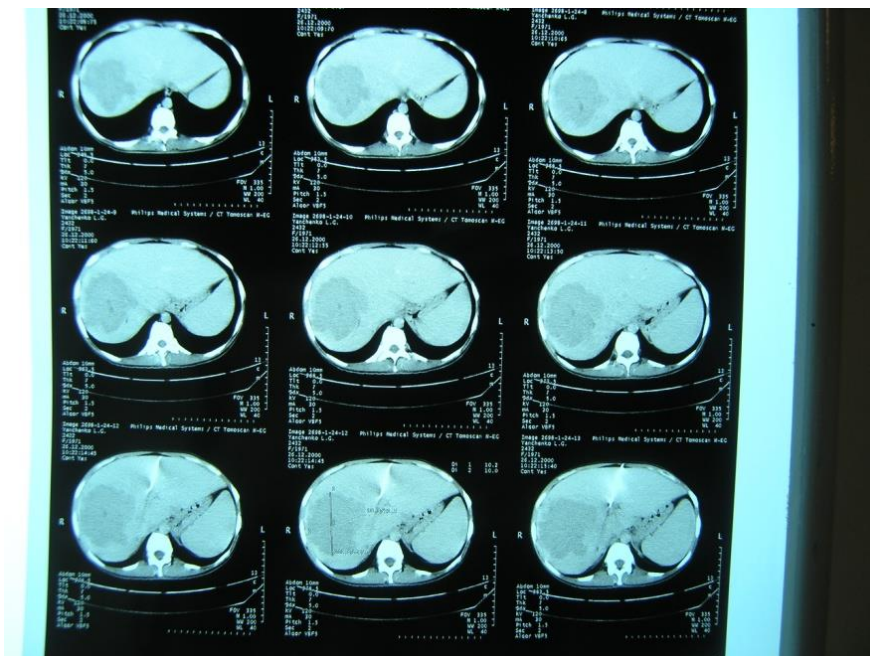
1. Что позволило бы поставить правильный диагноз до операции?
2. Какие физикальные данные противоречили диагнозу «илеоцекальной инвагинации»?
3. Какую тактическую ошибку допустил хирург?

4. Какой хирургический доступ был бы в данном случае рациональным в случае своевременно диагностированной диафрагмальной грыжи? Какова должна быть тактика хирурга в ходе операции?

Ситуационная задача № 20

Больной 40 лет, оперированный 30 дней назад по поводу острого гангренозного аппендицита и тяжело перенесший послеоперационный период (длительная лихорадка, вскрытие межищечного абсцесса и абсцесса дугласова пространства), вновь поступил в стационар с жалобами на боли в правом подреберье, ознобы, повышение температуры вечерами до 38,5 С.

Объективно: Пульс 90 ударов/мин, язык влажный, склеры иктеричные. Живот мягкий, но в области правого подреберья определяется болезненность. Печень выступает из подреберья плотно-эластической консистенции, болезненная. Размеры по Курлову 15х10х5 см. Лейкоцитов в крови $18,0 \times 10^9/\text{л}$. При рентгенологическом обследовании правый купол диафрагмы на своем обычном месте, но несколько ограничен в подвижности. Проведена компьютерная томография брюшной полости (томограмма прилагается)



Вопросы:

1. Ваш диагноз? (прокомментируйте томограмму).
2. Какое лечение предполагаете?

Ситуационная задача № 21

У больной 72 лет, тучной женщины, в течение 15 лет страдающей желчнокаменной болезнью, гипертонической болезнью и диабетом 2 типа, появились резкие боли в правом подреберье с иррадиацией в правое надплечье, рвота, температура 38 С. Через сутки от начала заболевания больная обратилась в дежурное хирургическое отделение.

При поступлении: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы сухие, чистые, желтушны. Склеры иктеричны. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот напряжен, болезнен в правом подреберье, перитонеальных симптомов нет. При проведении УЗИ: желчный пузырь больших размеров, заполненный конкрементами. Лейкоцитоз $12,0 \times 10^9$ /л. Состояние было расщеплено как острый холецистит, выполнена микрохолецистостомия под контролем УЗИ. Боли быстро купировались, по стоме выделяется 600,0 мл желчи в сутки, выполнена фистулография (снимок прилагается).

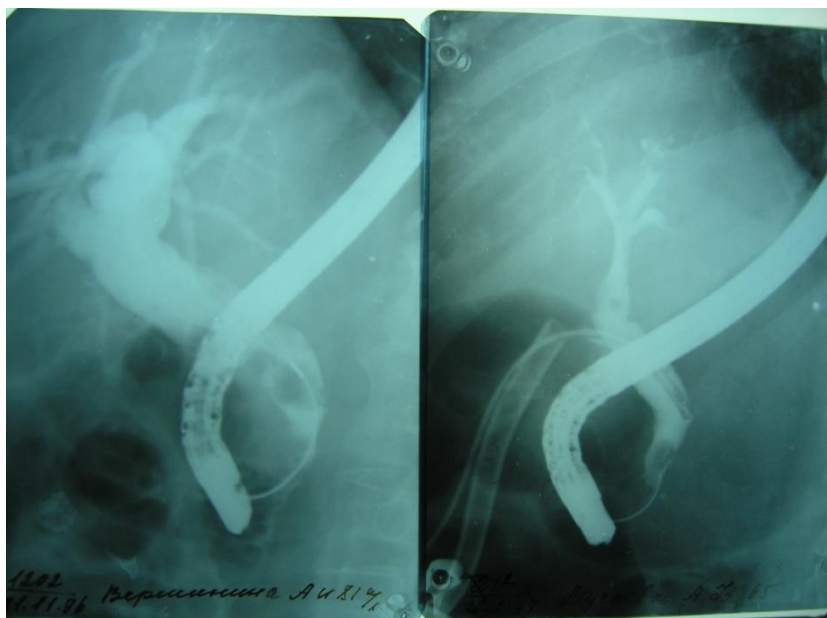


Вопросы:

1. Какие отклонения от нормы Вы видите на фистулохолецистохолангиограмме?
2. Как сформулируете диагноз?
3. Какое лечение показано в дальнейшем?

Ситуационная задача № 22

60-летней женщине, страдавшей в течение 10 лет хроническим калькулезным холециститом, в ургентном порядке по поводу острого калькулезного флегмонозного холецистита выполнена операция холецистэктомия. Операционная холангиография не проводилась. После операции в течение 6 месяцев периодически беспокоили боли в подложечной области, которые снимались приемом Но-шпы. Последний приступ болей сопровождался рвотой, потемнением мочи, ознобом, появлением иктеричности склер. В хирургическом отделении, куда была доставлена больная, при обследовании выявили температуру 38 С, общий билирубин - 100,0 мкмоль/л; прямой - 80,0 мкмоль/л; не прямой - 20,0 мкмоль/л; диастазу мочи 64 ед; расширение гепатикохоледоха, по данным УЗИ. Выполнена ретроградная холангиография (см. снимок).



Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какую ошибку допустил хирург, выполнявший холецистэктомию?
3. Какие патологические изменения Вы видите на снимке?
4. Какое лечение показано?

Ситуационная задача № 23

В приемный покой доставлена женщина с жалобами на слабость, стул темного цвета. Больной себя считает в течение месяца, когда впервые заметила иктеричность склер, темную мочу, небольшую желтуху. Лечилась травами, желтуха уменьшилась, однако стул, бывший до этого светлым, стал периодически дегтеобразным, нарастала слабость.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Больная пониженного питания, кожные покровы желтушны, видимые слизистые бледно-розового цвета. Артериальное давление 110/60 мм рт.ст., пульс 90 ударов/мин.. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень по Курлову 12x10x8 см, в правом подреберье определяется безболезненное плотно-эластическое образование 5x6 см. При ректальном исследовании - мелена. На УЗИ расширение внутри- и внепеченочных желчных ходов. Состояние расценено как механическая желтуха, наложена чрезкожная чрезпеченочная холецистостома, выполнена фистулография (снимок прилагается).



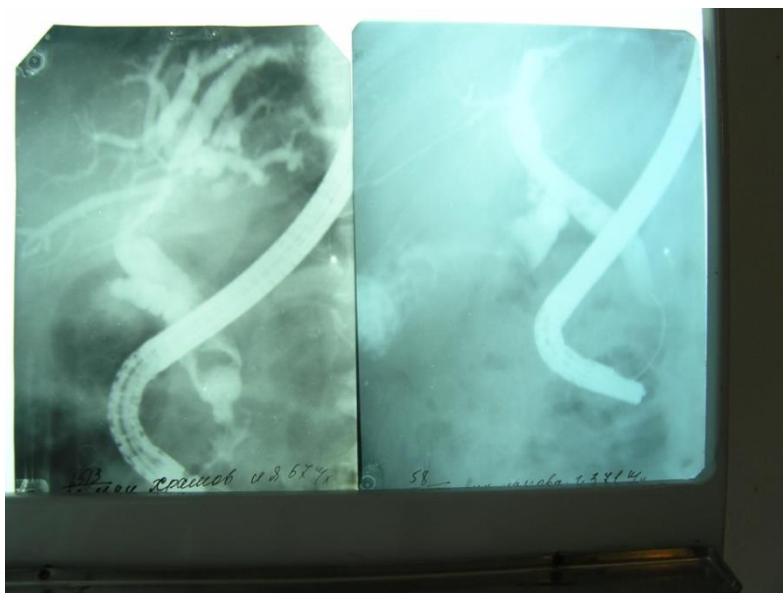
Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Прокомментируйте холеграмму.
3. Какое лечение показано?

Ситуационная задача № 24

Больная 52 лет жалуется на периодически появляющиеся в течение последнего года приступообразные боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку и правое плечо. Боли связывает с приемом пищи. За последний месяц такие приступы участились. Иногда после приступа появляется желтуха, которая быстро исчезает.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Пульс 80 ударов/мин, АД-120/80 мм рт.ст., склеры иктеричные. Живот обычной формы, мягкий, безболезненный, печень не увеличена, желчный пузырь не пальпируется. Лейкоцитов в крови $9,0 \times 10^9$ /л; билирубин сыворотки крови общий - 40,0 ммоль/л; прямой - 30,0 ммоль/л, не прямой - 10,0 ммоль/л. Больной выполнена ретроградная холеграфия (снимок прилагается).



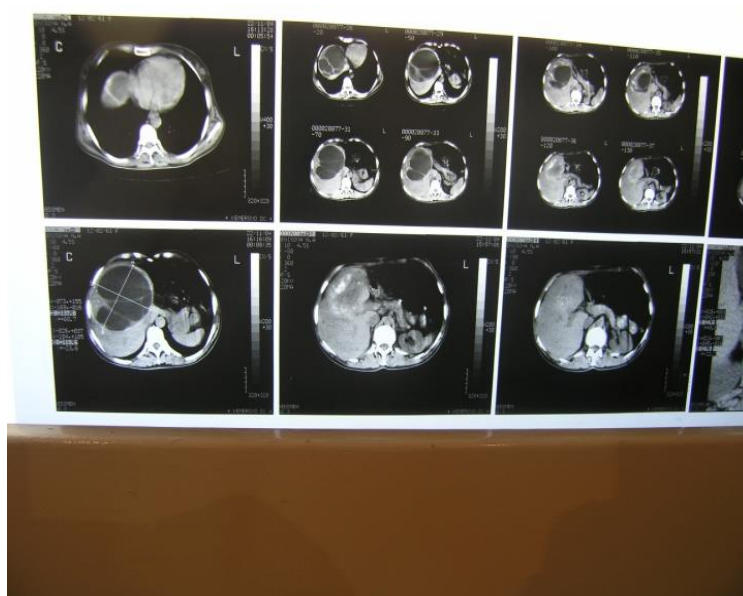
Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Прокомментируйте холеграмму.
3. Какое лечение необходимо?

Ситуационная задача № 25

Больной 40 лет, охотник, жалуется на тяжесть в области правого подреберья. Других жалоб нет. В анамнезе год назад были беспричинная крапивница и зуд кожи.

Объективно: питания среднего, кожные покровы чистые, телесного цвета. Пульс 80 ударов/мин., живот обычной формы, мягкий, безболезненный. Край печени пальпируется на 3 см. ниже реберной дуги, он закругленный, безболезненный. Размеры по Курлову 13x11x8 см. При рентгенологическом исследовании определяется выпячивание полусферической формы в области правого купола диафрагмы. Выполнена КТ брюшной полости. (томограмма прилагается).

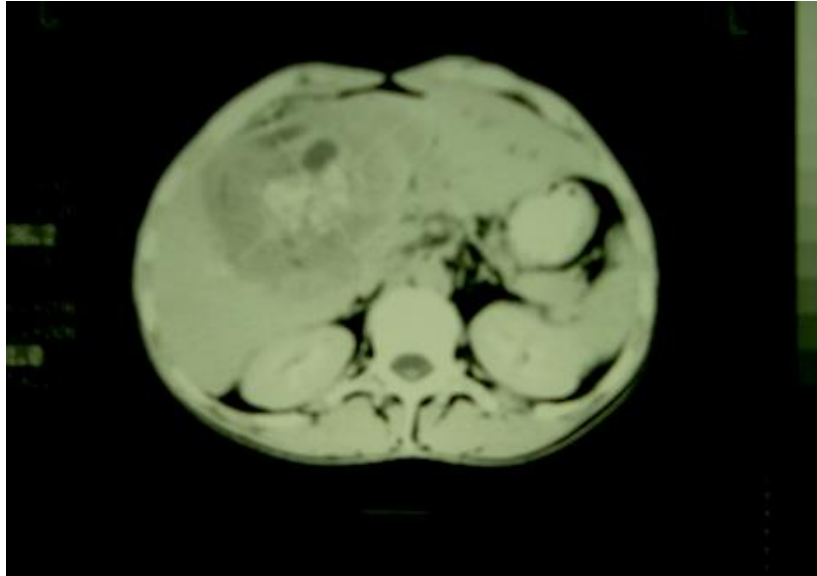


Вопросы:

1. О каком заболевании следует думать?
2. Какие дополнительные методы исследования могут помочь в постановке диагноза?
3. Какое лечение предполагается?

Ситуационная задача № 26

40-летний больной, сельский житель, был направлен с профилактического осмотра на консультацию к печеночному хирургу в связи с обнаруживаемым в течение двух лет увеличением печени. Жалоб нет, состояние удовлетворительное, питания среднего, за последние месяцы не похудел. Кожные покровы и слизистые обычного цвета. Печень определяется пальпаторно на 2 см ниже правой реберной дуги, плотная, бугристая, безболезненная. Размеры по Курлову 15х13х10 см. Другой патологии не обнаружено. Температура тела 36,5 С. Анализ крови: лейкоцитов $7,2 \times 10^9$ /л; эритроцитов $4,0 \times 10^{12}$ /л; гемоглобин 130 г/л; СОЭ - 15 мм/час. Выполнена компьютерная томография брюшной полости (томограмма прилагается).



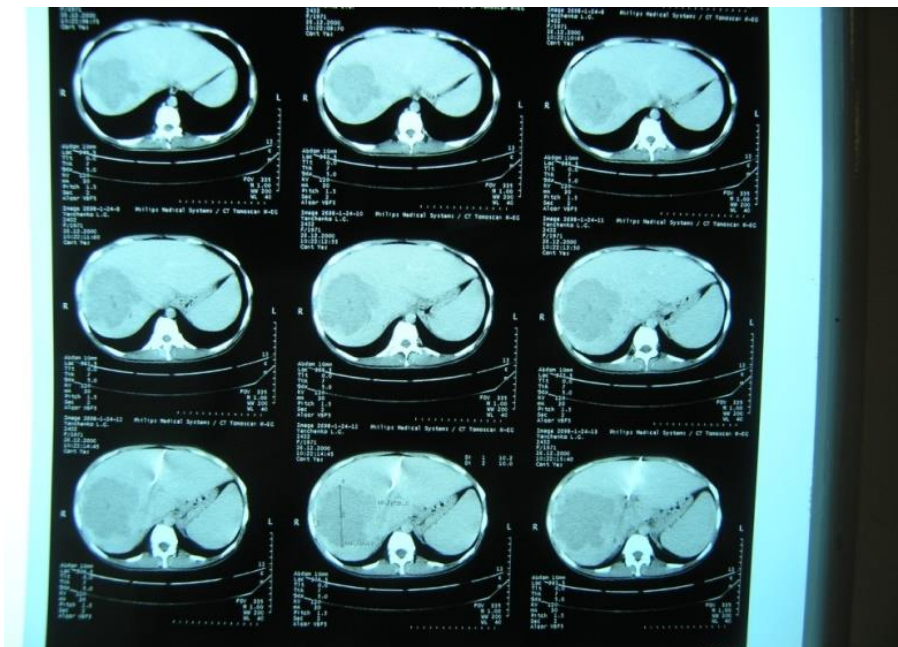
Вопросы:

1. О каком заболевании будете думать?
2. Прокомментируйте томограмму
3. Какое дообследование необходимо провести?
4. Предполагаемое лечение?

Ситуационная задача № 27

В поликлинику обратился больной с жалобами на слабость, похудание, появление желтухи и тупые постоянные боли в правом подреберье. Заболел около 6 месяцев назад, когда появились умеренные ноющего характера боли в правом подреберье. Лечился травами. Боли несколько уменьшились, но нарастала слабость, снизился аппетит, за последние 2 месяца похудел на 15 кг. Накануне заметил истеричность склер и потемнение мочи.

Объективно: питания пониженного. Кожные покровы желтушны, сухие, склеры иктеричны. Живот при пальпации мягкий, печень плотная, бугристая пальпируется на 3 см ниже реберной линии. Селезенка не увеличена. В брюшной полости четко определяется асцит. Выполнена КТ брюшной полости (томограмма прилагается).



Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Прокомментируйте томограмму.
3. Какое дополнительное обследование необходимо?
4. Назначьте лечение.

Ситуационная задача № 28

В приемный покой хирургического стационара доставлен больной 67 лет с жалобами на интенсивные распространенные боли в животе, возникшие внезапно среди полного благополучия около 2-х часов назад. Из анамнеза: боли в животе ранее не беспокоили. Изредка, на протяжении последних лет, из-за погрешностей в диете возникали явления желудочно-кишечного дискомфорта. Год назад выполнена баллонная дилатация и стентирование коронарных артерий по поводу ИБС. Соблюдал прием препаратов, назначенных кардиологом. Курить бросил. В течении недели, в связи с психоэмоциональным напряжением из-за бытовых причин начал курить и нарушил регулярный прием препаратов по назначению кардиолога. На момент поступления: состояние больного тяжелое, в сознании. Кожные покровы бледные, губы синюшные. Пульс 110 уд.в мин., ритмичный. АД 100/60 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, умеренно болезненный во всех отделах. При аускультации живота перистальтические шумы не прослушиваются. Из результатов лабораторных исследований - общий анализ крови: лейкоцитоз $18,0 \times 10^9/\text{л}$. С учетом клинической картины дежурным хирургом под ЭТН предпринята диагностическая лапароскопия. Выявлено, что выпот в брюшной полости отсутствует, петли кишечника бледные, волны перистальтики вялые, но сохранены. Явной патологии в брюшной полости не выявлено, и он был оставлен для динамического наблюдения. Боли в животе после лапароскопии стихли. Через 3 часа дежурная мед.сестра сообщила, что у пациента вновь возникли острые боли в животе. Дежурный хирург при повторном осмотре выявил клинику распространенного перитонита. Больной был оперирован. После выполнения средне-срединной лапаротомии в брюшной полости у пациента выявлены неперистальтирующие, раздутые газом петли кишечника, темного цвета с признаками формирующегося некроза, обильный выпот с запахом кишечного содержимого.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз заболевания у больного в момент поступления.
2. Какие дополнительные диагностические исследования и по какой причине должен был назначить дежурный хирург у этого пациента?
3. Почему выполненное лапароскопическое исследование в момент поступления больного дало ложный результат?
4. Какая операция должна была быть выполнена больному при правильной постановке диагноза?
5. Какую операцию хирург вынужден выполнить в сложившейся ситуации?

Ситуационная задача № 29

В поликлинику к терапевту обратилась 50-летняя женщина с жалобами на появление в моче крови при мочеиспускании. Впервые кровь заметила около недели назад. В анамнезе мочеиспускательный диатез, неоднократные почечные колики с микрогематурией и дизурией. В течение последних лет приступов болей не было. Около 25 лет назад лечилась по поводу цистита.

Объективно: питания среднего, кожа и видимые слизистые обычные. Пульс 76 ударов/мин., АД - 120 мм.рт.ст. Живот мягкий, болезненный. Печень и селезенка не определяются. Анализ крови: лейкоцитов - $7,6 \times 10^9$ /л; эритроцитов - $2,8 \times 10^{12}$ /л; гемоглобин - 100 г/л. Анализ мочи: свежие эритроциты до 50 в п/зр. При проведении УЗИ патологии не найдено. Выполнена в/в урография, нисходящая цистогрфия. (снимок прилагается).



Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Прокомментируйте снимок.
3. Какое обследование проведете больной для уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение.

Ситуационная задача № 30

Больной 36 лет обратился с жалобами на внезапно появившиеся резкие боли в правой половине живота, иррадиирующие в паховую и правую поясничную область, тошноту, однократную рвоту. Заболел 2 часа назад. Раньше подобных болей никогда не было. Больной беспокоен, мечется. Температура при поступлении 37,5 °С. Пульс 100 ударов/мин. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот напряжен в правой половине, болезненный больше справа от пупка. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Поколачивание в поясничной области справа резко болезненно.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. С какими заболеваниями будете проводить диф диагностику?
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести больному для уточнения диагноза?
4. Какую окажете первую помощь?

Ситуационная задача № 31

Больная 56 лет обратилась к врачу с жалобами на сильные боли в правой половине живота, иррадиирующие в правое плечо, лопатку и поясничную область. Была однократная рвота. Заболела 10 часов назад. Боли постепенно нарастали, поднялась температура до 38°С. Пульс 92 удара/мин. Стул был накануне нормальный, мочеиспускание не нарушено. Раньше подобных болей не было. При осмотре: Общее состояние удовлетворительное, кожные покровы умеренной степени влажности, бледно-розовые. Язык сухой, обложен белым налетом. Больная при дыхании щадит живот в правой половине. При пальпации определяется болезненность и напряжение мышц в правой подвздошной области и правом подреберье. Желчный пузырь не пальпируется. Симптом Щеткина-Блюмберга в правой половине живота и симптом Ровзинга резко положительные. Френикус-симптом и симптом Орнера отрицательные.

Анализ крови: лейкоцитов $12,0 \times 10^9 / \text{л}$; эритроцитов - $4,0 \times 10^{12} / \text{л}$; Hb 130 г/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
3. Какие дополнительные обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение.

Ситуационная задача № 32

Девушка 18 лет поступила в приемное отделение с жалобами на боли в правой подвздошной области. Боли начались внезапно 2 ч. назад, распространились по всему животу, иррадиировали в крестец и задний проход. Затем они локализовались в правой подвздошной области. Больная отмечает слабость, головокружение, тошноту. Последняя менструация закончилась у нее 12 дней назад (была в срок).

При осмотре: кожные покровы бледные, температура 37,1 С. Пульс 100 ударов/мин, АД-100/60 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот принимает участие в акте дыхания, при пальпации отмечается умеренное напряжение и болезненность в правой подвздошной области без четких перитонеальных симптомов. Анализ мочи без отклонений от нормы.

Анализ крови: лейкоцитов $10,0 \times 10^9$ /л; эритроцитов $3,1 \times 10^{12}$ /л; гемоглобин 100 г/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями будете дифференцировать?
3. Какое дополнительное обследование необходимо провести для уточнения диагноза?
4. Какова лечебная тактика?

Ситуационная задача № 33

Больной 36 лет поступил в хирургическое отделение через год после резекции $\frac{1}{2}$ желудка по Гофмейстеру-Финстереру, выполненной по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки, осложненной кровотечением. Больной жалуется на периодически появляющееся после приема пищи чувство тяжести в эпигастральной области и правом подреберье, которое нарастает и сопровождается рвотой чистой желчью спустя 1,5-2 часа. После рвоты наступает облегчение. После каждого приема пищи (особенно сладкой, молочной) наблюдаются слабость, головокружение, периодически вынужден принимать горизонтальное положение на 20-30 мин. За год похудел на 10 кг.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какое дообследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Какое лечение показано?

Ситуационная задача № 34

Больная 22 лет, умеренного телосложения доставлена в приемный покой хирургического стационара с жалобами на интенсивные боли в области эпигастрия. Боли возникли сразу после приема пищи и сохранялись около 1 часа. Больная вызвала врача скорой помощи, который после осмотра пациентки решил доставить ее в дежурный хирургический стационар. С момента возникновения болей до момента осмотра больной хирургом прошло около 2-х часов. На момент осмотра хирургом пациентку ничего не беспокоило. Лабораторные исследования, включая амилазу крови, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ никаких подозрений у дежурного хирурга не вызвали, и больная была отпущена домой с рекомендацией обследования и лечения у терапевта по месту жительства.

В последующие приемы пищи пациентка старалась кушать меньше, поскольку каждый прием сопровождался интенсивными болями в верхней части живота. Боли были непродолжительными: 40- 60 мин. после приема пищи. В остальное время суток больная чувствовала себя хорошо и с обращением к терапевту не спешила. Однако через несколько месяцев стала отмечать значительное снижение массы тела, быстро наступающую усталость при выполнении физической нагрузки.

Обследование пациентки в амбулаторных условиях, включающее в себя ФГДС, повторное УЗИ органов брюшной полости, КТ органов брюшной полости, лабораторные исследования, не выявило заболеваний органов брюшной полости.

Вместе с тем, больную продолжали беспокоить боли в животе после каждого, даже небольшого по объему приема пищи. Больная значительно похудела, потеряла интерес к жизни.

Вопросы:

1. О каком заболевании идет речь? Укажите его конкретную форму.
2. Опишите диагностический алгоритм по поиску причин болей в животе, напрямую связанных с приемами пищи.
3. Какую ошибку при осмотре настоящей больной допускали врачи, участвовавшие в ее обследовании?
4. В выполнении какой операции нуждается пациентка? Каковы отдаленные результаты подобной операции у молодых людей?

Ситуационная задача № 35

Больной 19 лет, поступил через сутки от начала заболевания с жалобами на боли внизу живота и правой поясничной области. Тошноты и рвоты не было. Общее состояние удовлетворительное, температура 37,8⁰С, пульс 92 удара/мин. Обращает внимание, вынужденное положение больного на спине с согнутым в тазобедренном суставе и приведенным к животу правым бедром. При попытке разогнуть бедро появляются сильные боли в поясничной области справа. Живот мягкий, болезненный в правой подвздошной области при глубокой пальпации. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Симптом Ровзинга положительный. Поколачивание в поясничной области справа болезненное. Симптомы Воскресенского и Ситковского отрицательные. Дизурии нет. Лейкоцитоз 14,0 x 10⁹ /л.

Вопросы:

1. Какое заболевание предполагаете?
2. С каким заболеванием необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какое дообследование необходимо провести?
4. Какое лечение предложите больному?

Ситуационная задача № 36

Больной 30 лет обратился с жалобами на боли в правой подвздошной области, появившиеся неделю назад. Сначала возникла сильная боль в эпигастральной области, была однократная рвота, температура 37,5 °С. Затем боли локализовались в правой подвздошной области и значительно стихли, но не исчезли совсем, стул и мочеиспускание нормальные.

При осмотре: состояние удовлетворительное, пульс - 66 ударов/мин, язык обложен, температура 36,3 °С, отмечается болезненность в правой подвздошной области при мягком животе. Здесь же пальпируется образование плотной консистенции 5х4 см, малоболезненное. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Симптом Ровзинга положительный.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Какое дообследование проведёте больному?
3. Какое лечение необходимо?

Ситуационная задача № 37

Больной 36 лет поступил через 4 часа от начала заболевания. Заболевание началось очень остро, резкими болями в эпигастральной области, была однократная рвота. Больной находился в квартире один и смог вызвать врача только через 3 часа. В момент осмотра общее состояние больного удовлетворительное, жалуется на боли в правой подвздошной области, где имеется резкая болезненность, защитное напряжение мышц и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Температура 37,3 °С, пульс 100 ударов/мин, лейкоцитов в крови $15,0 \times 10^9$, анализ мочи без изменений. Оказался положительным симптом Ровзинга. Был поставлен диагноз острого аппендицита и больной взят на операцию. Однако, после вскрытия брюшной полости выделилось значительное количество мутной жидкости с примесью желчи.. Червеобразный отросток слегка гиперемирован.

Вопросы:

1. Каков правильный диагноз?
2. С какими заболеваниями до операции надо было проводить дифференциальный диагноз?
3. Почему ошибся хирург?
4. Что следует предпринять?

ХИРУРГИЯ

Ситуационная задача № 38

У незамужней женщины 32 лет 3 года назад стали появляться болезненные набухания молочных желез, усиливающиеся в предменструальном периоде. Несколько дней назад больная в левой молочной железе обнаружила опухолевидное образование. Молочные железы внешне не изменены. В верхне-наружном квадранте левой молочной железы определяется нечетко плотный узел размерами 2х2 см. Узел плотно-эластической консистенции, слегка болезненный при пальпации, не спаян с кожей и окружающими тканями, кожа над ним не изменена. Симптом Кенига отрицательный, в положении больной лежа узел пальпируется менее четко. Регионарные лимфатические узлы не определяются.

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы исследования следует провести для уточнения диагноза?
4. Какова врачебная тактика?

Ситуационная задача № 39

Больная 53 лет поступила в приемный покой с жалобами на сильные боли в правой голени распирающего характера, отек стопы и голени, судорожные сокращения икроножных мышц, повышение температуры тела до 38°C . Больна в течение 3 дней. Вначале были судорожные сокращения икроножных мышц, боли появились на второй день, а еще через день появился отек. При осмотре кожа правой голени и стопы лоснится, напряжена. Окружность правой голени больше левой на 5 см. Движения возможны, но крайне болезненны. При ощупывании конечности определяется болезненность по ходу сосудистого пучка, особенно в подколенной ямке. Сдавливанием рукой икроножных мышц вызывает резкую болезненность. Анализ крови: лейкоцитов $11,0 \times 10^9/\text{л}$; эритроцитов $4,0 \times 10^{12}/\text{л}$; протромбиновый индекс 120 %.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
3. Какие исследования помогут уточнить диагноз?
4. Какое назначите лечение?

Ситуационная задача № 40

В приемный покой доставлен больной 45 лет, с жалобами на рвоту желудочным содержимым коричневого цвета, слабость, головокружение. Накануне вечером был стул темного цвета. Анамнез заболевания: язвенная болезнь более 3 лет; два года назад было произведено ушивание перфоративной язвы (какой не знает). Последующие два года беспокоили чувство полноты после приема пищи, отрыжка, периодически рвота, приносящая облегчение, ночные боли в эпигастрии, похудел. Противоязвенное лечение не принимал.

Объективно: пониженного питания, бледный, пульс 110 уд/мин, АД= 100/60 мм рт. ст.. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии, печень и селезенка не определяются. Ректально мелена.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

Ситуационная задача № 41

В приемный покой доставлена женщина 60 лет с жалобами на постоянные сильные боли в верхних отделах живота опоясывающего характера, тошноту, рвоту, озноб. Заболела за сутки до поступления, после празднования дня рождения внучки. Ночью проснулась от болей в эпигастрии, принимала Но-шпу, но боли не проходили, затем появилась тошнота и рвота. С утра стало знобить, повысилась температура до 38,3°C, отмечает потемнение мочи, также боли начали иррадиировать под левую лопатку, в позвоночник. Ранее таких сильных болевых приступов не отмечала. В анамнезе хронический холецистит, лямблиоз. Два года назад в желчном пузыре обнаружены при выполнении УЗИ конкременты.

Объективно: женщина повышенного питания, склеры и кожные покровы желтушные, температура тела 38°C. Пульс - 100 уд/мин, АД130/90 мм рт.ст. Дыхание везикулярное. При пальпации живот напряжен, резко болезненен в эпигастральной области без перитонеальных симптомов. В остальных отделах мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не определяются. Печеночная тупость сохранена. Моча темная. Самостоятельный стул сегодня отсутствует, ректально кал обычной окраски.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

Ситуационная задача № 42

80-летняя женщина доставлена в хирургическую клинику с жалобами на сильные постоянные боли в правом подреберье и эпигастрии без иррадиации, тошноту, многократную рвоту, озноб, повышение температуры тела, кашель. Болеет вторые сутки. Повышение температуры отмечает только сегодня. Приступ начался постепенно, через 2 часа после приема жирной пищи. Ранее у больной после острой и жареной пищи неоднократно появлялись умеренные боли в правом подреберье, купировались приемом Но-шпы. Настоящий приступ Но-шпой не снялся. В анамнезе бронхоэктатическая болезнь, хронический бронхит, инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа.

Объективно: состояние тяжелое, больная повышенного питания, температура тела 38°C. Склеры обычного цвета, АД=180/90, пульс - 108 уд/мин, аритмичный. Одышка 25 в 1 мин. Дыхание жесткое, хрипов нет, язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье, где определяется опухолевидное, резко болезненное образование 5х8 см. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень выступает из подреберья на 3 см. Имеется отечность нижних конечностей. Внутривенное введение физиологического раствора со спазмолитиками в течение 6 часов боли не сняло.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

Ситуационная задача № 43

Женщина 36 лет обратилась к терапевту с жалобами на деформацию шеи, создающую косметические неудобства. Объемное образование на передней поверхности шеи она заметила около 6 месяцев назад. Связать его возникновение с чем-либо она не может. За истекшее время размеры образования не изменились. Самочувствие больной хорошее, не похудела, сон не нарушен. Пациентка нормостенической конституции. Пульс ритмичный, 60 уд/мин, АД=120/80 мм. рт. ст. Локально: образование с четкими краями, размером около 4,0 х 3,0 см, занимает правую переднебоковую поверхность шеи. Его нижняя граница на 1 см выше яремной вырезки грудины. Пальпаторно образование мягкое, слабо болезненное, подвижное, смещается при глотании, с кожей не спаянно. Кожа над ним не изменена. Лимфатические узлы шеи не увеличены.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение

Ситуационная задача № 44

Ребенок 8 лет упал с высоты 2-3 метров на ягодицы, при этом возникла резкая боль в поясничном отделе позвоночника.

Объективно: болезненная припухлость в области поясничного отдела позвоночника, щадит спину, мышцы напряжены. Резко ограничена амплитуда активных движений в суставах нижних конечностей, особенно в дистальных отделах. Сухожильные коленные и ахилловы рефлексы отсутствуют. Глубокая гипестезия в аногенитальной области, по задней поверхности бедер, голеней и подошвенной поверхности стоп. Недержание мочи.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

Ситуационная задача № 45

50-летняя женщина доставлена в хирургическое отделение с жалобами на боли в надлобковой области, учащенное мочеиспускание, субфебрильную температуру тела. Боли в нижних отделах живота появились 36 часов тому назад, постоянного характера, ноющие и в течение последних суток стали сопровождаться учащенным, болезненным мочеиспусканием. При ходьбе боли усиливаются, иррадиируют в правое бедро, прямую кишку, накануне знобило. Последняя менструация 6 дней назад в срок. Инфекции половой сферы отрицает. В анамнезе б. Боткина, хронический гастрит.

При осмотре: пульс 96 уд/мин, температура тела 37,5 °С, живот в верхних отделах и мезогастрии мягкий, в надлобковой области напряжен, резко болезнен. Там же положителен симптом Щеткина-Блюмберга.

Анализ крови: Лейкоцитоз 14×10^9 /л. Анализ мочи: множество лейкоцитов в поле зрения.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

Ситуационная задача № 46

Больная 42 лет обратилась в дежурный хирургический стационар с жалобами на умеренные боли в животе распространенного характера, возникшие накануне вечером без какой-либо объяснимой причины.

В анамнезе дважды роды, без осложнений. Иногда принимает гормональные противозачаточные средства.

При осмотре: состояние больной удовлетворительное. Живот в акте дыхания участвует, при пальпации мягкий, незначительно болезненный во всех отделах. При аускультации перистальтические шумы выслушиваются. Стул и мочеиспускание не нарушены. Больная осмотрена гинекологом. Патологии не выявлено. Выполненные УЗИ органов брюшной полости, лабораторные исследования крови и мочи подозрений на патологию не вызвали.

Больная была направлена на амбулаторное обследование по месту жительства. Однако боли в животе, несмотря на принимаемые рекомендованные спазмолитики, не прошли. Появилась тошнота, дважды был жидкий стул. На 2-е сутки от начала заболевания в связи с ухудшением вызвала врача скорой помощи и была доставлена в дежурный хирургический стационар. Дежурный хирург и гинеколог не нашли признаков острой абдоминальной патологии и также направили больную на амбулаторное обследование по месту жительства. Из-за невыясненных причин больная не смогла попасть на прием в этот день. На 3-й день боли в животе усилились, живот вздуло, перестали отходить газы.

В дежурном хирургическом стационаре, куда пациентка была доставлена СМП, был установлен диагноз распространенного перитонита, и больная была оперирована. Во время операции в брюшной полости выявлено большое количество темного геморрагического характера выпота с неприятным гнилостным запахом, отечные, неперистальтирующие петли кишечника с признаками начинающегося некроза. Пульсация верхней брыжеечной артерии сохранена. Выполнить полное удаление некротизированного кишечника не представлялось возможным. Операция закончена ушиванием передней брюшной стенки.

Вопросы:

1. О какой патологии идет речь в приведенном случае?
2. Какое обстоятельство из анамнеза больной должно было натолкнуть специалистов на поиск причин медленно развивающейся острой абдоминальной катастрофы?
3. Какое современное исследование не выполнено ни на одном этапе контакта больной с медицинскими работниками?
4. Опишите программу лечения больных с диагнозом, аналогичным у больной в приведенном случае.

Ситуационная задача № 47

В приемный покой доставлена 70-летняя женщина с жалобами на боли схваткообразного характера в животе, тошноту, рвоту, опухолевидное образование в правой паховой области. Больна 2 суток, опухолевидное образование появилось во время кашля. Лечилась грелкой, боль в области образования уменьшилась, вчера появилась рвота. В анамнезе бронхиальная астма, инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь.

Объективно: состояние больной тяжелое, пульс - 120 уд/мин, АД= 100/60 мм. рт. ст., температура тела 37,5°C, одышка 25 в мин, множество сухих хрипов. Живот подвздут, мягкий, умеренно болезненный в мезогастрии без перитонеальных симптомов. Печень на 2 см ниже реберной дуги, селезенка не определяется. На ногах отеки. Локально: в правой паховой области выбухающее образование 10 x 6 см, напряженное, болезненное, кожные покровы над ним гиперемированы.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

Ситуационная задача № 48

Мужчина 30 лет доставлен в приемный покой больницы с жалобами на сильные боли в животе, слабость. Час назад внезапно ощутил острейшую боль в эпигастрии, любое движение вызывает усиление болей. За 2-3 дня до этого появились небольшие боли в подложечной области, тошнота, дважды накануне рвало. В анамнезе периодически изжоги. После службы в армии обследовался амбулаторно у терапевта по поводу хронического холецистита, были выявлены при дуоденальном зондировании яйца описторхов. В стационаре прошел курс лечения по поводу описторхоза. Последние годы чувствовал себя хорошо, при изжогах принимал соду.

Объективно: состояние отягощено болями в животе, пульс - 80 уд/мин, АД= 120/80 мм. рт. ст. Дыхание ослаблено, хрипы не прослушиваются. Живот в акте дыхания не участвует, отчетливо виден рельеф мышц передней брюшной стенки.

Пальпаторно: доскообразное напряжение передней брюшной стенки, резкая болезненность при перкуссии и пальпации. Симптомы раздражения брюшины положительные

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

Ситуационная задача № 49

В приемный покой доставлена женщина 55 лет, предъявляющая жалобы на нестерпимые боли в левом плече и предплечье, сопровождающиеся слабостью и онемением пальцев кисти, появившееся без видимых причин около 5 часов назад. Интенсивность болей постоянная. Три года назад пациентка перенесла ОНМК, протекавшее в форме обратимого левостороннего гемипареза. Отмечает появление в последний год отеков на нижних конечностях к концу дня. В анамнезе остеохондроз поясничного и грудного отделов позвоночника.

Объективно: пульс - 100 уд/мин, аритмичный, АД= 160/90 мм.рт.ст. При аускультации сердца определяется диастолический шум на верхушке. Печень по краю реберной дуги, безболезненна. Асимметрии верхних конечностей нет, сохранена только пассивная подвижность пораженной руки, сила левой кисти значительно снижена, левая кисть холоднее правой.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

Ситуационная задача № 50

В приемный покой хирургической клиники машиной скорой помощи доставлена женщина 56 лет с наружным кровотечением из трофической язвы нижней трети правой голени.

В течение 25 лет страдает варикозным расширением вен нижних конечностей возникшим после первой беременности и родов.

Два часа назад дома при надевании валенок открылось сильное кровотечение из разорвавшегося варикозного узла по внутренней поверхности нижней трети правой голени. Больная через несколько минут прижала место кровотечения носовым платком, а родственники вызвали «скорую медицинскую помощь».

Объективно: состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные, ЧСС - 110 в минуту, АД - 90/70 мм рт.ст. На нижних конечностях видны расширенные, извитые подкожные вены, нижняя треть голеней с малоподвижной пигментированной кожей. На правой голени над лодыжками наложена бинтовая повязка, а в нижней трети бедра - жгут Эсмарха. При ослаблении жгута повязка обильно промокла кровью.

Анализ крови: эритроциты - 3 на 10^{12} /л, гемоглобин - 85 г/л, гематокрит - 0,28, общее количество лейкоцитов - 13 на 10^9 /л.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

Ситуационная задача № 51

Мужчина 65-и лет при подъеме по лестнице на второй этаж упал, ударившись левым боком о ступеньку, почувствовал острую боль в проекции X-X1 ребер по заднее-аксиллярной линии. С трудом поднялся, вошел в квартиру и вызвал врача. Объективно: больной находится в вынужденном положении, кожные покровы бледные. Пульс - 120 ударов в минуту. Артериальное давление - 90 / 50 мм рт.ст. Дыхание поверхностное, при пальпации грудной клетки появляется острая колющая боль в месте травмы (X-X1 ребер по заднее-аксиллярной линии слева). При изменении положения тела усиливаются боли в животе (симптом «ванька-встаньки»).

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

Ситуационная задача № 52

Вас, как участкового врача, пригласили на дом к больному, 30 лет, который болеет в течение 5 лет язвенной болезнью желудка. Неоднократно проходил амбулаторно курсы консервативной терапии, обычно это происходило весной или осенью.

Сегодня утром, встав с постели, на несколько секунд потерял сознание, стал отмечать общую слабость, головокружение. Вскоре появилась тошнота, однократная рвота цвета «кофейной гущи». Объективно: врач обнаружил бледные кожные покровы, живот правильной формы, мягкий при пальпации, умеренно болезненный в эпигастральной области, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

Ситуационная задача № 53

Вас срочно вызвали на дом к 34-летнему больному, который жалуется на «пронизывающую» боль в правой половине грудной клетки.

Из анамнеза установлено, что он болен хроническим бронхитом. Боль возникла около часа назад во время очередного кашля.

Объективно: Больной лежит на правом боку. Кожные покровы бледные, отмечается легкий акроцианоз. Дыхание поверхностное, 28 в минуту. Температура тела 36,7° С. Артериальное давление - 120 / 85 мм рт.ст.

Справа над легкими дыхание не прослушивается, при перкуссии определяется коробочный звук. Живот правильной формы, мягкий при пальпации, безболезненный. Печень по Курлову 10 на 9 на 7 см.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

Ситуационная задача № 54

Вас, как участкового врача, пригласили на дом к больному 30 лет, который болеет в течение 5 лет язвенной болезнью желудка. Неоднократно проходил амбулаторно курсы консервативной терапии, обычно это происходило весной или осенью. Сегодня утром, встав с постели, на несколько секунд потерял сознание, стал отмечать общую слабость, головокружение. Вскоре появилась тошнота, однократная рвота цвета «кофейной гущи». Объективно: врач обнаружил бледные кожные покровы, живот правильной формы, мягкий при пальпации умеренно болезненный в эпигастральной области, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Пульс 110 уд.в мин. АД 100/70 мм.рт.ст.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Ваши действия?
3. Какую лечебную тактику Вы предпримете?
4. Какие лабораторные показатели крови Вас должны интересовать?
5. Возможные виды операций?

Ситуационная задача № 55

Женщина кипятила белье, и в воду добавила стиральный порошок и отбеливатель. При снятии емкости с плиты пострадавшая по неосторожности опрокинула ее на себя, получила ожоги передней поверхности туловища, обеих предплечий и кистей.

Объективно: указанные поверхности гиперемированы, местами покрыты мелкими и крупными пузырями с серозным содержимым, некоторые из них под вскрыты, свисают обрывки эпидермиса, дно некоторых пузырей белесоватое, болевая чувствительность снижена.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

Ситуационная задача № 56

На дом вызван участковый врач. Он обнаружил больного А., 26 лет, в постели. Больной предъявил жалобы на отсутствие чувствительности в пальцах стоп, отек пальцев и тыла стоп. Из анамнеза установлено, что накануне больной на морозе долго ждал общественный транспорт, продрог и отметил замерзание пальцев стоп. Дома прогревал стопы в горячей ванне, но чувствительность не восстановилась. Объективно: врач обнаружил отечные стопы, имеется цианоз пальцев, чувствительность в них отсутствует, капиллярная проба отрицательная. Пульс на тыльной артерии стопы и позади медиальной лодыжки сохранен.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

Ситуационная задача № 57

Вы - участковый врач. На дому посетили по вызову больную С., 46 лет, которая предъявила жалобы на боли в левой ягодице, общую слабость, озноб.

Из анамнеза выявлено, что неделю назад по поводу высокого артериального давления участковая медсестра ввела в левую ягодицу раствор магния сульфата. Через 3-е суток повысилась температура до 38,5° С.

Объективно: при осмотре в верхненаружном квадранте левой ягодичной области имеется гиперемия кожи, припухлость. В середине определяется плотный болезненный инфильтрат, в центре которого не четко пальпируется размягчение.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

Ситуационная задача № 58

В приемный покой хирургического стационара бригадой скорой помощи доставлен больной 24 лет с жалобами на обильную рвоту темного цвета кровью. Рвота возникла 2 часа назад на фоне относительного благополучия. Из анамнеза: с 17 лет страдает опиатной зависимостью, в течение настоящего года после курса лечения – ремиссия.

Состояние больного тяжелое. Сознание спутанное. Выраженная бледность кожных покровов. Пульс 110 уд. в мин., АД 90/60 мм рт.ст. В общем анализе крови количество эритроцитов $2.3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 80 г/л.

Вопросы:

1. Опишите лечебно-диагностический алгоритм у настоящего больного.
2. Каким заболеванием страдает пациент? Какое осложнение произошло у него?
3. Опишите консервативные мероприятия, направленные на остановку кровотечения у этого больного.
4. Опишите методику остановки кровотечения у этого пациента в случае неэффективности консервативных мероприятий.
5. Что такое «Трансъюгулярное внутripеченочное портосистемное шунтирование (TIPS)»? В каких случаях и как оно выполняется по этой причине?
6. Если вышеперечисленные мероприятия у настоящего пациента не эффективны, какую операцию необходимо ему выполнить?

Ситуационная задача № 59

В хирургическое отделение поступает молодая женщина с жалобами на боли в правой грудной железе, озноб.

Две недели назад были роды. Грудная железа заболела неделю назад, когда появилось нагрубание и поднялась температура до субфебрильных цифр. До этого в области соска был скарификат, который больная обрабатывала «зеленкой». Все эти дни ребенка кормила грудью, остатки молока сцеживала. От такого самолечения эффекта не наступило.

Объективно: правая грудная железа увеличена, кожа гиперемирована. В нижних квадрантах ее в глубине пальпируется плотный, обширный, болезненный инфильтрат с хорошо определяемыми границами, симптом флюктуации нечеткий. Подмышечные лимфоузлы справа увеличены и болезненны. Температура тела 39,9° С.

Общее состояние отягощено высокой температурой, ознобом. Пульс 96 уд/мин. АД= 120/80 мм рт.ст. Кожа и видимые слизистые обычного цвета. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?
5. Как поступить с кормлением ребенка?

Ситуационная задача № 60

Больной 40 лет, длительно страдающий язвенной болезнью, отметил , что последние 2 дня боли в эпигастрии у него стали менее интенсивными, но в то же время появилась нарастающая слабость, головокружение.

Сегодня утром, поднявшись с постели, он на несколько секунд потерял сознание. Родственники пациента вызвали врача скорой помощи, который организовал немедленную доставку больного в дежурный хирургический стационар.

При поступлении в стационар состояние больного средней тяжести. Правильного телосложения, несколько пониженного питания (при росте 180 см масса тела 69 кг). Кожные покровы и видимые слизистые бледные, кожа чистая, на ощупь влажная. Костно-мышечная система без видимой патологии. Лимфоузлы не прощупываются. Температура тела 37,1°С. пульс 112 в минуту, ритмичный, слабого наполнения. АД 100/ 70 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, мелодия их правильная. В легких дыхание везикулярное. Язык чистый, влажный. Живот правильной формы, не вздут, перистальтика кишечника активная. При пальпации отмечается легкая болезненность в эпигастральной области. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Дизурических расстройств нет. При пальцевом исследовании прямой кишки патологии нет, на перчатке следы кала черного цвета. Результаты лабораторных и специальных методов исследования:

Анализ крови: Эр.-2,5х 10¹²/л, Нв-78 г/л, гематокрит-0,26, лейкоциты-11,2х10⁹/л, э.-2, п/я - 10, с/я-74, лимф.-13, мон.-1, СОЭ-26 мм/ч. *Анализ мочи:* уд. вес-1017, пл. эпителий -7-10 в п/зр., лейкоцитов 12-20 в п/зр., эритроцитов 1-2 в п/зр.

- **ФГДС:** Пищевод свободно проходим. Кардия смыкается не полностью, в желудке небольшое количество жидкости цвета “кофейной гущи”, явления умеренно выраженного атрофического гастрита. Пилорус округлой формы, смыкается полностью, проходим для эндоскопа. Сразу за привратником, на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки имеется язва размером в диаметре около 1 см. Язвенный дефект покрыт темным тромбом, наблюдается небольшое подтекание темного цвета крови из-под тромба.

- УЗИ органов брюшной полости: патологии не выявлено, в лоханке правой почки выявлен коралловый камень, занимающий одну из чашечек почки. УЗ - признаки хронического пиелонефрита.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз заболевания у больного в момент поступления в отделение.
2. Установите тип кровотечения в соответствии с клинико-эндоскопической классификацией по Forrest (1974). Приведите обоснование дальнейшей программы лечения больного.
3. Определите возможный вариант эндоскопического гемостаза у пациента.
4. Если эндоскопический гемостаз окажется эффективным, определите дальнейшую тактику лечения больного.
5. Если остановить кровотечение с помощью эндоскопического гемостаза не удастся, какой вариант хирургического лечения планируется предпринять?

Ситуационная задача № 61

Больной Е., 69 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на сильные распирающие боли в правой голени, отек стопы и голени, повышение температуры тела, озноб. Движение затруднено из-за болей.

Заболел 3 дня назад, когда появились судорожные сокращения икроножной мышцы, затем боли в ней. Отек возник на третьи сутки.

Объективно: кожа правой голени и стопы слегка гиперемирована, напряжена, лоснится. Окружность ее в средней трети увеличена на 6 см по сравнению с левой голенью, отечность распространена на тыл стопы. Имеется болезненность при пальпации икроножных мышц, более выражена она по ходу сосудистого пучка. Движения в голеностопном суставе сохранены, при максимальном его сгибании отмечается усиление болей в икроножной мышце (симптом Хоманса).

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

Ситуационная задача № 62

Вы - участковый врач, получили вызов на дом к больному Н., 65 лет, который пожаловался на боли в правом плечевом суставе, головные боли, повышение температуры, озноб.

Из анамнеза установили, что 2 недели назад при обращении в травмпункт больному по поводу артрозо-артрита в сустав была введена суспензия гидрокортизона, но боли не прошли, а наоборот стали увеличиваться.

Занимался самолечением: компрессы, горячие грелки, прием обезболивающих препаратов. Улучшения не наступило, что заставило обратиться к участковому врачу.

Объективно: состояние больного средней тяжести. Пульс - 96 ударов в минуту. Больной держит правую руку в положении отведения. Правый плечевой сустав отечный, при пальпации болезненный, отмечается повышение местной температуры. Активные и пассивные движения в нем резко болезненны.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

Ситуационная задача № 63

В хирургическое отделение поступил больной Н., 36 лет, с жалобами на боли в правой голени, общую слабость, недомогание, головную боль, периодическое повышение температуры тела до 38-39° С.

Год назад больной перенес открытый перелом костей правой голени, лечился в травматологическом отделении, где проводилось скелетное вытяжение, а потом накладывалась гипсовая повязка.

Больной передвигается с помощью костылей. Из-за болей наступать на ногу не может.

Объективно: на передней поверхности в средней трети правой голени имеется свищ со скудным гнойным отделяемым. Голень отечная, вокруг свища имеется умеренная гиперемия кожи.

На проведенной рентгенограмме костей правой голени имеется концевой остеолит отломков большеберцовой кости, эндостальный склероз, утолщение и бахромчатость периоста.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

Ситуационная задача № 64

У больного А., 26 лет, около 1 года назад появилась перемежающаяся хромота: через каждые 400-500 м пути он был вынужден останавливаться из-за болей в икроножных мышцах. Стал отмечать замерзание стоп.

Неделю назад это расстояние сократилось до 100 м, появились боли в первом пальце правой стопы, на конце пальца образовалась язва.

Объективно: кожа на голенях мраморной окраски, дистальные части стоп синюшно-багрового цвета, холодные на ощупь. На конце первого пальца имеется глубокая некротическая язва 2,5 на 3 см, покрытая фибрином. Ногтевые пластинки тусклые, ломкие. Пульс на тыльных артериях стоп отсутствует, на подколенных артериях ослаблен.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?

3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

Ситуационная задача № 65

Мужчина, 44 лет, по неосторожности упал в открытый канализационный колодец. Получил открытый перелом обеих костей нижней трети правой голени.

В травматологическом отделении произведена первичная хирургическая обработка раны с наложением на нее глухого шва, после чего наложено скелетное вытяжение.

К исходу вторых суток с момента травмы у больного появилась эйфория, он начал жаловаться на боли в ране, ощущение распирания в ней и сдавливание наложенной повязки. Температура тела в течение двух суток субфебрильная.

Объективна больной апатичен, температура тела 37,5°C, дыхание - 30 в мин., пульс 120 уд/мин., АД=90/60 мм рт. ст. Кожные покровы бледные. Голень выше повязки отечная, повязка сухая. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не определяются.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

Ситуационная задача № 66

Бригадой скорой помощи в приемное отделение клиники доставлен пациент 45 лет с жалобами на очень сильные боли по всему животу, постоянными позывами на рвоту.

Заболел около 2-3 суток назад. Четко указать на причину заболевания затрудняется, хотя указывает обильный прием пищи за неделю до описываемых событий. Заболевание проявлялось резкими и очень сильными волнообразными болями по всему животу, от которых пригнулся. Боли были настолько сильными, что пришлось вызвать «скорую помощь»: После инъекции баралгина с димедролом боли стихли. На следующее утро по рекомендации врача «скорой помощи» обратился к участковому терапевту. С подозрениями на острый гастрит, панкреатит. Больному назначено амбулаторное обследование: УЗИ печени, внепеченочных протоков. Не дождавшись очереди на обследование и в связи с резким усилением абдоминальных болей, ухудшением общего состояния, вызвал «скорую помощь» повторно, и был доставлен в приемное отделение клиники хирургии.

Общее состояние больного при первичном врачебном осмотре в клинике тяжелое. Сознание спутано, делирий. Гиперемия лица, кожные покровы сухие и видимые слизистой. Одышка, частота дыхательных экскурсий 28 в минуту, частота сердечных сокращений 110 ударов в минуту. Гипотермия - 35,8° С, АД 80/50мм ртутного столба.

Живот увеличен в объеме, в дыхании участвует ограниченно. Ригидности передней брюшной стенки нет. Перитонеальные симптомы положительные над всеми отделами. В отлогих местах смещается при перкуссии зона притупления при повороте больного на бок. Перистальтика кишечника ослаблена. Газы отходят с задержкой. Per rectum: болезненность и нависание передней стенки прямой кишки. Мочеиспускание: за последние 12 часов не более 100,0 грамм мочи темного цвета.

Общий анализ крови: эр. $5,2 \cdot 10^{12}/л$. Гематокрит 55%. Лейкоциты $18 \cdot 10^9/л$, п\я 18% Амилаза крови 1500 ЕД. Натрий -120 ммоль\л. Калий-3,2 ммоль\л. Кальций 1,8 ммоль\л. АЛТ 80 ЕД\л, АСТ-60 ЕД\л, ЩФ-3,0 м МЕ\л Билирубин 60 мкмоль\л 40,0. Глюкоза 7,2 ммоль\л. Мочевина 9,2 ммоль\л, креатинин 250 мкмоль\л

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

Ситуационная задача № 67

Больной 43 лет, имеющий длительный язвенный анамнез, поступил в хирургическую клинику с жалобами на возникшие внезапно 2 часа назад острые боли в области эпигастрия. Вынужден был осторожно лечь и лежал неподвижно, при малейшем движении боли усиливались. Была однократная рвота.

При осмотре в приемном покое клиники: состояние средней степени тяжести. Пациент лежит на правом боку, приведя колени к животу. Пульс 100 уд. в мин. АД 130/80 мм рт. Температура 37,0 град. С. Живот в акте дыхания не участвует. При пальпации напряжен во всех отделах, Пальпация вызывает резкую боль во всех отделах живота. Выражен симптом Щеткина-Блюмберга. При перкуссии передней брюшной стенки не удается определить печеночную тупость. При аускультации живота с трудом выслушиваются вялые перистальтические шумы.

С учетом явной клинической картины перитонита у больного с язвенным анамнезом, скорее всего обусловленного перфорацией язвы двенадцатиперстной кишки, больной после предоперационной подготовки срочно оперирован.

Во время операции в брюшной полости обнаружено содержимое желудка с остатками пищи. На передней стенке 12п. кишки, сразу за привратником выявлено перфорационное отверстие диаметром 0,5х0,3 см с выраженной инфильтрацией у основания.

Вопросы:

1. Сформулируйте развернутый диагноз у больного.
2. Объясните механизм исчезновения печеночной тупости, определяемой при перкуссии живота, у больных с перфорацией язв желудка и 12п. кишки.
3. Проведите обоснование варианта выполнения операции у этого пациента.
4. У настоящего пациента операция выполнялась под эндотрахеальным наркозом через средне-срединную лапаротомию. Какой еще существует современный вариант хирургического вмешательства при перфоративной язве желудка и 12п. кишки, какие этапы он включает?
5. Что такое СПВ? В каких случаях лечения язвенной болезни применяется эта технология?

Ситуационная задача № 68

На прием к участковому терапевту обратился молодой человек с жалобами на боли постоянного характера в правой поясничной области, усиливающиеся при ходьбе. Боли иррадируют в правую паховую область. Больной предъявляет жалобы на общее выраженное недомогание, озноб с повышением температуры тела до 38,7 градусов, учащенное мочеиспускание, тошноту, позывы на рвоту, ощущение задержки газов и увеличение живота.

Больным себя считает около 1,5-2 суток. Связать начало заболевания затрудняется. 2-3 дня назад длительное время находился на открытом воздухе, замерз. Ощущение неблагополучия в состоянии здоровья почувствовал с неприятным тянущим ощущением по всему животу, от которых проснулся. Примерно через 1,5-2 часа вышеизложенные боли переместились в правую поясничную область и вскоре принял сильный пульсирующий характер. К утру боли значительно стихли, но появился озноб с повышением температурой тела до 38,0-39,0 градусов, дизурия.

Общее состояние больного при поступлении средней степени тяжести. Сознание ясное. При ходьбе щадит правую поясничную область, прихрамывает на правую ногу. Кожные покровы бледные, чистые. Температура тела 38,0 градусов, язык густо обложен серым налетом. Периферических отеков нет. Рс 102 в минуту, ритмичный. АД 140\80 мм рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Частота дыхания 20 в минуту в покое, свободное. Аускультативно: дыхание везикулярное, одинаковое с обеих сторон. Хрипы не выслушиваются. Живот симметричен, в дыхании участвует. Поверхностная пальпация безболезненная, ригидности брюшной стенки нет. Симптомы Воскресенского, Щеткина-Блюмберга, Бартомье-Михельсона отрицательные. Глубокая пальпация на уровне правого крыла подвздошной кости выявляет болезненность. Объемное образование в брюшной полости не обнаружено. Пальпируется урчащий, плотно – эластической консистенции болезненный купол слепой кишки. Выявлена пастозность правой поясничной области. Кожная температура над ней выше, чем над кожными покровами других локализаций. Симптом поколачивания по правой поясничной области несет резкое усиление болей в пояснице с иррадиацией в правую паховую область.

Per rectum: исследование безболезненное. Нависания передней стенки прямой кишки нет. Общий анализ крови: эритроциты $4,8 \cdot 10^{12}$ /л. Лейкоциты $14,0 \cdot 10^9$ /л. п\я 14%, с\я 36%, юные 9%. токсическая зернистость нейтрофилов. Общий анализ мочи: удельный вес 1028.0 белок 0,099% Эритроциты 12-14 в п/з, лейкоциты 5-10 в п/з.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

Ситуационная задача № 69

В приемное отделение обратился 36-летний мужчина с жалобами: на боли по всему животу, умеренного характера, постоянные, ощущение увеличение живота в объеме, общее недомогание и сухость во рту.

Заболел остро около 12-16 часов назад с появления схваткообразных резких болей по всему животу в момент подъема тяжести в 18 часов. Обратиться за медицинской помощью

своевременно не мог- находился в отдаленной экспедиции, проводил геодезические исследования. На протяжении 6-8 часов от момента возникновения /до 02⁰⁰/боли в животе были очень сильными, приобрели постоянный характер,- “живот жгло огнем”. Дважды была рвота, не приносящая облегчения. Инъекции спазмолитика /но-шпа/ и ненаркотического анальгетика из индивидуальной аптечки существенно боль не снимали. Затем боли стихли, и к моменту обращения к врачу сохранялось ощущение тяжести по всему животу. Появилось ощущение задержки отхождения газов, нарастающее беспокойство, отсутствие мочи, позывов на мочеиспускание, сухость во рту, жажда, учащенное сердцебиение.

Общее состояние больного при обращении расценено как тяжелое. Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые сухие. Акроцианоз . температура тела 37,1 градусов, тахикардия до 120 ударов в минуту АД165\90 мм рт. ст. Частота дыхания 30 в минуту, везикулярное, одинаковая с обеих сторон, хрипы не проводятся . живот незначительно увеличен в объеме, симметричен, в дыхании участвует. Поверхностная пальпация живота безболезненная, перитонеальные симптомы отрицательные. При перкуссии живота тимпанит над всеми отделами. Аускультация кишечника выявляет приглушенные шумы, редкие. Per rectum: атония анального жома. Баллонообразное расширение ампулы прямой кишки. Пальцевое исследование сопровождается незначительной болезненностью стенки прямой кишки. На перчатке- маски каловых масс с кровью темного цвета.

Лабораторные исследования: Общий анализ крови: лейкоциты $14 \cdot 10^9$ /л, эритроциты $5,6 \cdot 10^{12}$ /л Гемоглобин: 180 г/л. Гематокрит 53% Калий: 5.6 ммоль/л. Креатинин 130 ммоль/л, мочевины 9 ммоль/л.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

Ситуационная задача № 70

В приемное отделение бригадой скорой помощи доставлена женщина 35 лет с направительным диагнозом “острый живот”.

При поступлении пациентка предъявляла жалобы на постоянные боли в области пупка. С интервалом 15-20 минут боли усиливались до очень сильных на 1,5-2 минуты, а затем вновь стихали. На высоте болей была рвота желудочным содержимым, не приносящая облегчения, отмечала ощущение “тугого живота”. Указанные жалобы появились впервые за 2 часа до обращения к врачу среди полного здоровья, вскоре после обильного приема пищи. Газы отходили и был однократный стул незадолго до приезда бригады скорой помощи. 3 месяца назад больной проведена операция аппендэктомия по поводу острого аппендицита.

Объективно: состояние пациентки средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение вынужденное: ходит согнувшись и придерживая живот руками. В моменты усиления болей беспокойна, стремится изменить положение тела. Кожные покровы бледные, чистые. Язык влажный. Ps 110 ударов в минуту, АД 140\90 ртутного столба, температура тела 36,6⁰. Живот симметричен, активно участвует в акте дыхания. В правой подвздошно – паховой области имеется келлоидный послеоперационный рубец.

Передняя брюшная стенка мягкая, безболезненная при пальпации. При глубокой пальпации образований в брюшной полости не определяется, выявляется неубедительная болезненность в правом нижнем квадранте живота. Перитонеальные симптомы отрицательные. Ректальное исследование: тонус сфинктера сохранен. Ампула прямой кишки пустая. Передняя стенка прямой кишки безболезненная.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

Ситуационная задача № 71

22 -летняя пациентка обратилась в приемное отделение с жалобами на: постоянного характера боли над лобком справа с иррадиацией в промежность, в прямую кишку; учащенные и болезненные мочеиспускания; частый стул со слизью.

Месячные с 14 лет, регулярные, болезненные . Последние месячные начались 2 недели назад, в срок.

Заболела остро около 6 часов назад: проснулась от сильных болей по всему животу и позывов на дефекацию. Однократный стул облегчения не принес, но был болезненным. Тошноты, рвоты не отмечалась. Вскоре боли ощущались только над лобком справа. Появились тенезмы, скудная повторная болезненная дефекация со слизью, дизурия. Отметила кровянистые выделения из наружных половых путей.

Общее состояние больной при поступлении удовлетворительное. Сознание ясное, физически активна. При ходьбе щадит живот. В положении лежа на спине боли в животе уменьшаются. Кожные покровы чистые, бледные. Язык суховат, с серым налетом, температура тела 37.0° . Пульс 100 ударов в минуту. АД 110\70 ртутного столба. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Живот симметричен, активно участвует в дыхании. Пальпация живота поверхностная и глубокая - безболезненная. Перитонеальные симптомы, симптомы Ровзинга, Ситковского, Бартомье – Михельсона, Раздольского отрицательные. Симптом Коупа /вызывается болезненным натяжением внутренней запирательной мышцы/ положительный. Аускультация и перкуссия - без патологии. Вагинальное и ректальное исследование: Резкая болезненность кармана Дугласа и наличие инфильтрата полости малого таза.

Результаты лабораторных и инструментальных методов исследования:

Общий анализ крови: эритроциты $4,0 \cdot 10^{12}$ /л, Нв 158 г/л. Лейкоциты $9,0 \cdot 10^9$ /л, п/я -14%, СОЭ 10 мм/ч, сахар крови -5,0 ммоль/л, амилаза – 18 г/л х ч,

общий анализ мочи: мутная, удельный вес 1005.0, L - 20-30 в поле зрения, эритроциты сплошь в поле зрения, белок- 0,05 г/л.

Обзорная рентгеноскопия – ОБП – без патологии;

УЗИ органов брюшной полости, органов малого таза, мочевыводящих путей: в правой подвздошной области определяется верхний полюс инфильтрата, уходящий в полость малого таза.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

Ситуационная задача № 72

В приемное отделение ЦРБ на машине скорой помощи из пассажирского поезда Адлер-Москва доставлен 60 - летний мужчина, возвращавшийся с семьей после летнего отдыха.

Направительный диагноз врача скорой помощи острая кишечная инфекция.

При поступлении пациент предъявлял жалобы на: увеличение в объеме живота, задержку газов, частый жидкий стул с примесью крови, сопровождающийся резью внизу живота, озноб, тошноту, позывы на рвоту, снижение аппетита. На протяжении последних 3 месяцев отмечал диспептические явления / метеоризм, изжога, прослабленный стул с примесью слизи, сменяемый запорами/, которые связывал с участвовавшими командировками и нерегулярным питанием. Находясь на отдыхе, употреблял большое количество фруктов, овощей. Большую часть времени проводил на открытом воздухе, много плавал. Функция кишечника восстановилась, чувствовал себя здоровым. Возвращаясь из отпуска поездом, обильно поужинали с семьей: ели фрукты, жареную курицу. Ночью проснулся от чувства распирающего характера болей по всему животу. Беспокоил метеоризм и частая дефекация жидким кишечным содержимым в небольших количествах с примесью темной крови и слизи. Жаловался на болезненные позывы к стулу.

Общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное, активен. Кожные покровы бледные. Пульс 102 в минуту, ритмичный. АД 130/80 мм ртутного столба. Дыхание в легких везикулярное, ослабленное над нижними отделами. Частота дыхания 16 в минуту. Живот равномерно увеличен во всех отделах, в дыхании участвует, симметричен. Следов хирургических вмешательств, последствий травм на передней брюшной стенке нет. При поверхностной пальпации живота напряжения мышц не выявлено. Перитонеальные симптомы отрицательные. Провести качественно глубокую пальпацию живота не удастся из-за подвздутия живота и болезненности над всеми его отделами. При этом пальпируется болезненное урчание, наполненное жидким содержимым образования в правом нижнем квадранте живота. Аускультативно: усиленная перистальтика кишечника. Ректально: тонус жома снижен. Зияние ампулы прямой кишки. Исследование безболезненное, на перчатке следы кала со слизью и мазки темной крови.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

Ситуационная задача № 73

Больной 25 лет с направленным диагнозом от участкового терапевта «Острый панкреатит? Острый гастрит?» обратился в приемное отделение дежурного стационара с жалобами на неприятные ощущения в эпигастрии постоянного характера, тошноту, отрыжку, задержку стула. Газы отходят свободно.

Заболел за 2-3 часа до обращения: проснулся ночью от боли в эпигастрии.

Общее состояние пациента удовлетворительное. Активен, сознание ясное. Кожные покровы чистые, влажные. Язык подсушен, с серым налетом. Температура тела 37,1. Пульс 96 в минуту; ритмичный. АД 130/80 мм ртутного столба. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет.

Живот активно участвует в акте дыхания, симметричен. Напряжение брюшной стенки не выявляется. Глубокая пальпация живота выявляет неубедительную болезненность в мезо-гипогастрии справа. Перистальтика кишечника выслушивается. Газы отходят. Per rectum: тонус сфинктера сохранен. Исследование безболезненное, на перчатке мазки кала обычного цвета и консистенции.

Результаты предварительного обследования. Общий анализ крови: эритроциты – $4,3 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобин 140г/л, лейкоциты $9,3 \cdot 10^9$ /л, палочкоядерные – 12%, СОЭ – 10мм/час

Биохимический анализ крови: глюкоза – 5,0ммоль/л, диастаза – 100Ед.

Обзорная рентгеноскопия ОБК: - без патологии. УЗИ органов брюшной полости: - без патологии.

ФГДС – недостаточность кардии, гастро-эзофагеальный рефлюкс

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

Ситуационная задача № 74

На станцию “скорой помощи” поступил вызов: отравление уксусной эссенцией.

Прибыв на “адрес” врач скорой помощи обнаружил пациентку 22 лет, которая с суицидной целью выпила 100 грамм уксусной эссенции. Больная беспокойна, продуктивному контакту не

доступна. Громко стонет. На подбородке, губах раневые ожоговые поверхности. Кожные покровы бледные. Частота дыхания 26 в минуту, одышка смешанная. Пульс 120 в минуту. АД 90/60 мм ртутного столба. Дальнейшее обследование невозможно из-за беспокойного поведения больной. С целью снятия боли врач скорой помощи сделал инъекцию кетарола и транспортировал больную в дежурное терапевтическое отделение. По пути следования усилилась одышка, появился акроцианоз. Функция дыхания поддерживается вдыханием увлажненного кислорода. В приемном отделении состояние больной расценено как крайне тяжелое. Обращала на себя внимание выраженная одышка со стридорозным дыханием до 40 в минуту, акроцианоз. Дыхание в легких резко ослаблено с обеих сторон, выслушиваются множественные мелкопузырчатые хрипы.

Рс 130 ударов в минуту, АД 95/60 мм ртутного столба. Живот мягкий, на пальпацию живота не реагирует.

Перистальтические кишечные шумы выслушиваются отчетливо.

Общий анализ крови: Гемоглабин -135 г/л. Эритроциты $4,0 \cdot 10^{12}/л$

Гематокрит 42%, ЦП-1,0, лейкоциты $16,6 \cdot 10^9/л$, п/я-4%, с/я-60%, эозинофилы -2%, мочевины 10,0 ммоль/л, креатинин 1000мкмоль/л. Билирубин общий 30 мкмоль/л, прямой – 2,1 мкмоль.

Общий анализ мочи: эритроциты гемолизированные в поле зрения сплошь.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

Ситуационная задача № 75

Больной 54 лет доставлен в приемный покой хирургического отделения на распространённые боли по всему животу.

Из анамнеза установлено, что в течение последних 2-х недель проходил амбулаторное обследование по месту жительства по поводу периодических болей в левой подвздошной области, проходящих после акта дефекации. Больного беспокоили частые эпизоды вздутия живота, тошнота, отрыжка воздухом, горечь во рту. Частые запоры чередовались с поносами. Эти жалобы появились у пациента примерно в течение 1 года с тенденцией к ухудшению. В период амбулаторного обследования пациенту выполнена колоноскопия, при которой в сигмовидной кишке выявлены участки, похожие на внутренние отверстия дивертикулов. Врач, проводящий исследование, в заключении отметил, что толстая кишка недостаточно подготовлена и рекомендовал пациенту в последующем выполнить виртуальную колоноскопию. Это исследование больной не успел выполнить из-за развившегося ухудшения.

Накануне поступления в хирургический стационар внезапно на фоне эпизода вздутия живота возникли острые боли в левой подвздошной области, которые быстро приняли распространённый по всему животу характер. Ночью дважды была рвота. Перестали отходить газы.

При осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Пульс 90 уд. в мин. АД 130/90 мм рт. ст. Температура 37,6 град С. Живот в акте дыхания не участвует, немного вздут. При пальпации определяется умеренная болезненность по всему животу. Левая боковая часть живота умеренно напряжена, здесь вызывается нечеткий симптом Щеткина-Блюмберга. В левой подвздошной области пальпируется опухолевидное образование 10х12 см, трудно смещаемое, очень болезненное. Печеночная тупость сохранена. Перистальтика слабо выслушивается. В боковых отделах живота определяется свободная жидкость. Пальцевое исследование прямой кишки выявило болезненное нависание ее передней стенки

В результатах лабораторных исследований обращает на себя внимание количество лейкоцитов в крови: $12,0 \times 10^9$ Ед/л.

Вопросы:

1. О каком заболевании вероятнее всего идет речь у этого пациента?
2. Какое осложнение развилось у больного в период обострения настоящего заболевания?
3. Для уточнения диагноза какое исследование имеет смысл провести в неотложном порядке?.
4. Нуждается ли больной в срочной операции и почему?
5. Какой объем операции следует планировать ?

Ситуационная задача № 76

На прием к хирургу обратилась пациентка 69 лет с жалобами на полную непроходимость пищевода для пищи, отсутствие мочи, жажду.

Из анамнеза заболевания выяснено следующее: Около 6 недель назад пациентка приняла таблетку лозап и случайно запила ее глотком прозрачной жидкости, оказавшейся нашатырным спиртом. Почувствовала сильную боль в горле, першение и затруднение дыхания. За медицинской помощью не обратилась. Промыла желудок ресторанным методом проточной водой и теплым молоком. На следующий день сохранялись боли в горле, отмечалось болезненное проглатывание пищевого комка, осиплость голоса. Обратилась на прием к участковому терапевту: даны рекомендации питаться дробно, хорошо механически отработанной пищей и запивать каждый глоток жидкостью, в этот же день больная осмотрена лор-врачом, констатировавшим фибринозный фарингит, ларингит. Дан совет по использованию масляных ингаляций. Пациентка скрупулезно выполняла полученные рекомендации. Через 6-7 суток отметила значительное улучшение, а еще через неделю все проявления приведенной выше клиники полностью прошли. Около 2 недель назад больная ощутила застревание проглоченного пищевого комка на уровне яремной вырезки. После запивания глотком воды ощущения застревания прекратились. Но вскоре возникла упорная прогрессирующая дисфагия. Около недели по пищеводу стала плохо проходить вода, а в последние сутки отмечает полную дисфагию. За время заболевания потеря массы тела составила около 10% (13кг).

Общее состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное, кожные покровы чистые, тургор кожи снижен, акроцианоз. Язык обложен белым налетом, температура тела нормальная, пульс 108 ударов в минуту, АД 100/60 мм рт.ст. ЦВД отрицательное. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Газы отходят свободно. Стул отсутствует на протяжении 4 суток. Не мочилась на протяжении последних 12 часов.

Результаты лабораторных методов исследования: Общий анализ крови: Hb 160 г/л. эритроциты $5,1 \cdot 10^{12}$ /л. гематокрит 51%. Лейкоциты $-6,0 \cdot 10^9$ /л. общий белок 72 г/л. общий анализ мочи: нет мочи.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

Ситуационная задача № 77

В приемный покой доставлена женщина 55 лет, предъявляющая жалобы на нестерпимые боли в левом плече и предплечье, сопровождающиеся слабостью и онемением пальцев кисти. Эти симптомы появились около 5 часов назад без видимых причин. Интенсивность болей постоянная. Три года назад больная перенесла ОНМК, протекавшее в форме обратимого левостороннего гемипареза. Отмечает появление в последний год отеков на нижних конечностях к концу дня. В анамнезе у больной остеохондроз поясничного и грудного отделов позвоночника.

Объективно: ЧСС - 150 уд/мин, пульс - 100 уд/мин, аритмичный. Дефицит пульса - 50. АД - 160/90 мм.рт.ст. При аускультации сердца определяется диастолический шум на верхушке, усиление I тона, акцент I тона на а. pulmonalis. Печень по краю реберной дуги, безболезненная. Асимметрии верхних конечностей нет. Сохранена только пассивная подвижность пораженной руки, сила левой кисти значительно снижена, левая кисть холоднее правой. Отсутствует пульс на артериях предплечья.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

Ситуационная задача № 78

Больной Г., 72 лет, поступил в хирургический стационар с жалобами на боли в животе схваткообразного характера, тошноту, рвоту, задержку стула и газов. Заболел 2 дня назад.

Из анамнеза: около 20 лет страдает паховой грыжей (слева), был оперирован по этому поводу 8 лет назад, однако через год после операции наступил рецидив ее. Болеет геморроем. Периодически лечится у терапевта поликлиники по поводу ИБС, гипертонической болезни. 10 лет назад перенес инфаркт миокарда.

При осмотре – состояние тяжелое. Вял, адинамичен, дыхание учащено до 26-28 в мин. Температура тела – 37,3°C. Пульс 108 в мин., ритмичный. АД – 120/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. В легких дыхание ослабленное везикулярное. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот равномерно вздут, при пальпации – мягкий, болезненный в мезо- и гипогастрии. Здесь же нерезко выраженные симптомы раздражения брюшины. В паховой области слева имеется

послеоперационный рубец. Здесь же определяется плотное опухолевидное образование размерами 12×8×7 см, не смещаемое и резко болезненное при пальпации. Кожа над ним не изменена. При пальцевом ректальном исследовании определяются внутренние геморроидальные узлы и увеличенная предстательная железа.

- *Анализ крови*: Эр. – 4,2 Т/л, Нв – 148 г/л, лейкоциты – 15,8 Г/л, п. – 19, с. – 64, л. – 12, м. – 5. СОЭ – 55 мм/ч.

- *Анализ мочи*: уд. вес – 1019, белок – 0,16 г/л, лейкоциты 4-6-8 в п/зр., цилиндры гиалиновые 0-1 в п/зр., бактерии ++.

- *Глюкоза крови*: 6,2 ммоль/л. - *Билирубин*: 20 мкмоль/л.

- *ЭКГ*: Синусовая тахикардия 110 в мин. Мелкоочаговые изменения в перегородочной области. Выраженные диффузные изменения и гипоксия миокарда.

- Обзорная рентгенография живота и грудной клетки: единичные чаши Клойбера.

Вопросы:

1. Ваш диагноз (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Какую лечебную тактику Вы выбираете?
3. При выборе хирургического метода лечения имеется ли необходимость в предоперационной подготовке? Объем и продолжительность ее?
5. Какую операцию Вы считаете наиболее адекватным в данном случае?
6. Во время операции при вскрытии грыжевого мешка выявлено ущемление тонкой кишки. Кишка черного цвета. Каковы Ваши дальнейшие действия? Объем операции?
7. Охарактеризуйте основные принципы лечения больного после операции.
8. Назовите возможные в послеоперационном периоде осложнения у больного.

Ситуационная задача № 79

У больной 45 лет, страдающей много лет варикозной болезнью вен нижних конечностей, за неделю до поступления в клинику появились боли, покраснение, уплотнение по ходу поверхностных вен в верхней трети голени, повышение температуры. Лечилась амбулаторно. Были назначены постельный режим, антибиотики, местно - повязка с мазью Вишневского. Положительного эффекта не было. Госпитализирована.

Общее состояние удовлетворительное. Отека и цианоза конечности нет. На внутренней поверхности ее по ходу варикозно расширенных вен определяется гиперемия, пальпируется болезненный тяж до средней трети бедра. Пальпация сосудистого пучка выше зоны - безболезненная. При исследовании с меченым фибриногеном - 125 обнаружено накопление радиоиндикатора на всем протяжении большой подкожной вены, вплоть до паховой складки.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

Ситуационная задача № 80

У тучной больной 54 лет на седьмой день после лапаротомической холецистэктомии, по поводу острого холецистита, появились боли в обеих икроножных мышцах. На следующий день после подъема с кровати возникла внезапная одышка до 30 в мин., тахикардия 120 - 130 уд/мин.

На ЭКГ политопное нарушение питания субэндокардиальных отделов миокарда, признаки перегрузки правых отделов сердца, АД не устойчивое, наблюдается выраженная склонность к гипотонии. Пульс на стопах сохранен, выражена болезненность по ходу сосудистого пучка на правом бедре и в подколенной ямке.

При осмотре - расширение границ сердца вправо, акцент II тона на легочной артерии, цианоз верхней половины туловища. Выражен отек и цианоз правой нижней конечности до паховой складки.

При лабораторном обследовании Д-димер более «1», явление гиперкоагуляции крови.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

Ситуационная задача № 81

Больная М., 34 лет, поступила в хирургическое отделение с жалобами на боли в животе, больше в правой половине, тошноту. Заболела около 16 ч. назад, когда после еды возникли сильные боли около пупка и в эпигастриальной области, тошнота., 3 раза был жидкий стул. Занималась самолечением: промывала желудок, принимала внутрь таблетки но-шпы. Боли в животе уменьшились, локализовались в правой половине живота. Обратилась за медицинской помощью в приемное отделение больницы и госпитализирована. В прошлом подобных приступов не было. В анамнезе – операция по поводу внематочной беременности (3 года назад). Последние 2 года лечилась в женской консультации по поводу воспаления матки и придатков, мастопатии. Находится на диспансерном учете в течение многих лет по поводу ревматизма, митрального порока сердца. При поступлении в стационар состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы бледные. Температура тела 37,7°C. Пульс 92 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. При аускультации сердца выслушивается хлопающий 1 тон и диастолический шум над верхушкой. В легких ослабленное везикулярное дыхание. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот правильной формы, не вздут. Внизу живота имеется послеоперационный рубец (после гинекологической операции). При пальпации живота определяется напряжение мышц и выраженная болезненность в правой подвздошно-паховой области. Положительны симптомы раздражения брюшины. В остальных отделах живот мягкий, умеренно болезнен в нижних отделах при глубокой пальпации.

Вопросы:

1. Ваш диагноз при госпитализации больной (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Каков Ваш послеоперационный диагноз, исходя из интраоперационных изменений?
3. Какие клинические симптомы важны для постановки диагноза и дифференциальной диагностики этого заболевания? Охарактеризуйте их.
4. Каков алгоритм обследования больной при поступлении в отделение?
5. Какова тактика лечения?
6. Каковы принципы ведения больной после операции?

Ситуационная задача № 82

Больная жалуется на боль в области ушной раковины, ощущение жара, жжения, повышение температуры и общее недомогание. Неделю назад оцарапала кожу ушной раковины шпилькой, после чего несколько дней держалась боль в области царапины. Два дня назад боль усилилась и распространилась на всю ушную раковину, кожа ее стала пунцовой, ушная раковина увеличилась в размерах. Вчера повысилась температура, появилась головная боль. Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 38,5. Отоскопически: резкая гиперемия, инфильтрация кожи ушной раковины, распространяющаяся на околоушную область. Гиперемизированный участок окружен линией демаркации. Кожа наружных отделов слухового прохода также гиперемизирована, несколько инфильтрирована, отделяемого нет, барабанная перепонка не изменена.

Задание:

1. Выделить синдромы;
2. сформулировать предварительный диагноз;
3. составить план дополнительного обследования для уточнения диагноза;
4. назначить лечение;
5. провести экспертизу трудоспособности

Ситуационная задача № 83

У больной признаки варикозной болезни, варикозного расширения в бассейне БПВ. Больная предъявляет жалобы на наличие извитых расширенных подкожных вен в течении 10 лет на обеих нижних конечностях, - на появление в течение последних семи дней болей в проекции медиальной поверхности правого бедра в верхней трети. При осмотре правой нижней конечности определяется ствол варикозной трансформированной вены по медиальной поверхности правого бедра, гиперемии кожи над ней до 1/3 бедра. При пальпации вена определяется в виде плотного болезненного тяжа.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Тактика хирурга?

Ситуационная задача № 84

Больная У. 63 лет поступила в хирургическое отделение с жалобами на умеренные боли внизу живота схваткообразного характера, иррадиирующие в крестец, вздутие живота, неотхождение газов, отсутствие стула в течение 3-х суток.

Заболевание развивалось постепенно, больная страдает запорами в течение многих лет, подобные состояния в последний год были несколько раз, но разрешались после очистительной клизмы.

Общее состояние больной удовлетворительное, температура нормальная, пульс 68 в мин, язык обложен белым налетом, влажный. Живот вздут, при пальпации незначительно болезненный. Выслушивается "шум плеска", при перкуссии - высокий тимпанит. При ректальном исследовании - ампула прямой кишки пуста, сфинктер расслаблен. При попытке поставить сифонную клизму - жидкость, после введения ее в количестве 350 мл, изливается обратно.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План обследования, методы верификации диагноза?
3. Какие местные и общие критерии заболевания необходимо определить?
4. Назовите возможные радикальные операции?
5. Метода паллиативного лечения?
6. Задачи диспансерного наблюдения?

Ситуационная задача № 85

Больной 19 лет жалуется на сильные головные боли, боли при глотании, иррадиирующие в оба уха, боли в суставах конечностей и пояснице. Заболел остро накануне, температура тела достигает 39-40 градусов.

При осмотре: регионарные шейные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации. Рот открывает свободно, язык обложен сероватым налетом, небные миндалины увеличены в объеме, гиперемизованы, на слизистой оболочке миндалин видны желтоватые точки.

Задание:

1. Сформулировать предварительный диагноз;
2. Назначить лечение;
3. Указать возможные осложнения заболевания.

Ситуационная задача № 86

Мужчина 53 лет поступил в хирургическое отделение в плановом порядке с жалобами на чувство тяжести в эпигастральной области, тошноту, отрыжку, рвоту пищей съеденной накануне. В анамнезе в течение 20 лет страдает язвенной болезнью ДПК, по поводу чего неоднократно лечился в условиях стационара. Четыре года назад перенес операцию (ушивание прободной язвы), после чего в течении последних 2 лет стали нарастать указанные жалобы. Похудел на 7 кг., аппетит хороший, но в последнее время принимать пищу боится из-за рвоты. Объективно: состояние удовлетворительное. Пониженного питания. Кожный покров сухой, тургор снижен. Пульс 82 в минуту, ритмичный, АД 130/80 мм.рт.ст. В легких хрипов нет. Язык влажный. Живот не вздут, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Определяется «шум плеска», аускультативно увеличение желудка. Перистальтика отчетливая, склонность к запорам.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. О каком осложнении заболевания вы думаете?
3. Какие инструментальные и лабораторные исследования необходимо выполнить больному для подтверждения диагноза и выбора последующей тактики?
4. Лечебно - диагностическая тактика.
5. Рекомендации при выписке, трудоспособность.

Ситуационная задача № 87

Больной А., 45 лет. Доставлен в реанимационное отделение из операционной. Больному проведена лапаротомия по поводу деструктивного инфицированного панкреатита. При поступлении состояние больного крайне тяжелое. Сохраняется умеренная постнаркозная депрессия. АД 80/40 мм рт. ст., тахикардия 120 уд/мин. По данным лабораторного исследования крови: НЬ- 77 г/л, лейкоциты 14, палочкоядерных 44 %, уровень молекул средней массы - 0,766 у.е., лейкоцитарный индекс интоксикации 6,7. Диурез составляет 15 мл/час, калий плазмы 2,6 ммоль/л.

Задание:

1. Выделить ведущие синдромы, определяющие тяжесть состояния;
2. Составить план дополнительного исследования;
3. Составить план проведения детоксикационной терапии и провести коррекцию волевых нарушений.

Ситуационная задача № 88

Больная К., 46 лет, доставлена в хирургическое отделение с жалобами на схваткообразные боли в животе, вздутие живота, тошноту, рвоту, одышку.

Заболела сутки назад, когда во время физнагрузки появились схваткообразные боли в животе. Интенсивность болей увеличилась, появились тошнота, рвота. В связи с ухудшением состояния СМП доставлена в хирургический стационар.

В анамнезе операции - аппендэктомия 10 лет назад и холецистэктомия - 2 года назад. Страдает много лет хроническим пиелонефритом, находится на учете у гинеколога по поводу миомы матки. На протяжении последних шести лет находится под наблюдением терапевта по поводу аортального порока сердца.

Состояние больной средней степени тяжести. Кожа и видимые слизистые бледноваты. Температура тела 36,2°C. Пульс ритмичный, 110 в минуту. АД 130/80 мм. рт. ст. Тоны сердца приглушены, определяется грубый систолический шум. В легких – дыхание ослабленное, везикулярное. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот вздут, симметричный, при пальпации мягкий, умеренно болезненный во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Аускультативно определяются единичные перистальтические шумы кишечника. Стул 2 суток назад, газы не отходят. Дизурических явлений нет.

- *Общий анализ крови:* Эр.- $3,8 \times 10^{12}$ /л, Нв-110 г/л, ЦП-0,9, л.- $10,5 \times 10^9$, п/я-12, с/я-58, э.-2, л.-25, м.-3, СОЭ-25 мм/ч.

- *Общий анализ мочи:* уд. вес - 1010, белок - 0,15 г/л, эр. - 1-0-0 в п/зр., лейкоциты - 8-10-12, цилиндры гиалиновые - 0-0-1, бактерии - ++.

- Глюкоза крови: 5,2 ммоль/л.

- *ЭКГ* - синусовый ритм 105 в минуту, отклонение электрической оси влево, признаки гипертрофии левого желудочка с умеренной перегрузкой. –

При обзорной рентгенографии брюшной полости определяются выраженная пневматизация кишечника, единичные «чаши Клойбера» в илеоцекальной зоне и в проекции 2 поясничного позвонка.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз? С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику в первую очередь?

2. Какова тактика ведения больной при госпитализации?

3. Из каких мероприятий складывается комплексная консервативная терапия при данной патологии? Какова продолжительность проведения консервативного лечения в данном наблюдении и какие критерии определяют необходимость оперативного вмешательства?

4. Какое оперативное вмешательство применяют при часто рецидивирующей форме этого заболевания?

Ситуационная задача № 89

Больной 40 лет обратился к хирургу с жалобами на распирающую боль в области мизинца правой руки. Трое суток назад уколол палец гвоздем, тогда же рану обработал раствором йода. Постепенно интенсивность боли нарастала, появился выраженный отек тканей всего пальца.

Объективно отмечается отечность и болезненность 5 пальца правой кисти, на ладонной его поверхности в области основной фаланги имеется рана 2х2 мм, покрытая коркой. Движения в пальце ограничены из-за усиливающейся при этом боли.

Вопросы:

1. Варианты диагноза?
2. Какие условия необходимо соблюдать при лечении данной патологии?
3. Какой вид оперативного вмешательства целесообразен в данной ситуации?
4. Развитие каких осложнений возможно при данном заболевании?
5. Определите трудоспособность.

Ситуационная задача № 90

Больной С., 58 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в животе, тошноту, рвоту, задержку стула и газов. Заболел 3 дня назад, во время выполнения физической работы.

В анамнезе – аденома предстательной железы, правосторонняя паховая грыжа (в течение 10 лет). 6 лет назад перенес инфаркт миокарда, наблюдается и лечится у терапевта поликлиники по поводу ИБС, постинфарктного кардиосклероза, гипертонической болезни.

При поступлении в стационар состояние больного тяжелое. Вял, адинамичен, температура тела 38,0°C. Одышка до 30 в минуту. Пульс 110-120 ударов в минуту, аритмичный. АД – 100/70 мм рт. ст. (рабочее давление 160-170/90 мм рт. ст.). Тоны сердца приглушены, аритмичны. В легких – ослабленное дыхание. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот равномерно вздут, в акте дыхания не участвует, при пальпации отмечается резкая болезненность в нижних отделах, перистальтика кишечника не прослушивается. В мезо- и гипогастрии определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Печень ниже реберной дуги на 2-3 см. В правой пахово-подвздошной области определяется плотное, болезненное, опухолевидное образование размерами 12х8 см. Кожа над ним гиперемирована. При пальцевом ректальном исследовании патологических образований в прямой кишке нет, определяется увеличенная предстательная железа.

- анализ крови: лейкоциты – $14,2 \times 10^9$ /л, п/я – 16, с/я – 69, СОЭ – 46 мм/ч, глюкоза крови – 4,6 ммоль/л. - анализ мочи: реакция кислая, уд. вес – 1018, белок – 0,16 г/л, лейкоциты – 8-10 в п/зр.

Вопросы:

1. Ваш диагноз (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Какие дополнительные исследования следует произвести больному до оперативного вмешательства?
3. Какова, на Ваш взгляд, лечебная тактика?
4. Имеется ли необходимость в предоперационной подготовке? Какова ее цель, объем и продолжительность?

5. В чем особенность оперативного вмешательства, если принято решение об операции?
6. Перечислите этапы операции у больного в необходимой последовательности?
7. Какими критериями Вы будете пользоваться при выполнении резекции кишки?
8. Определите основные принципы ведения больного после операции: режим, объем инфузионной и медикаментозной терапии, удаление дренажей, снятие швов.
9. Перечислите наиболее вероятные послеоперационные осложнения в конкретном наблюдении.

Ситуационная задача № 91

Больной К., 46 лет поступил в приемное отделение больницы с жалобами на слабость, головокружение, однократную потерю сознания, рвоту по типу «кофейной гущи» дважды, темный жидкий стул на протяжении последних двух дней. Из анамнеза известно, что последние 5 дней находился на амбулаторном лечении по поводу бронхита. Принимал антибиотики, аспирин, отхаркивающую микстуру. В течение последних 2 дней появилась нарастающая слабость, мелькание «мушек» перед глазами, темный жидкий стул, дважды рвота «кофейной гущей», холодный липкий пот. Родственники отметили бледность кожных покровов. На протяжении последних пяти лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. При осмотре: Кожные покровы бледные, пульс слабого наполнения 120 в мин., артериальное давление 80/20 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. В легких влажные проводные хрипы. Живот умеренно болезненный в эпигастральной области. Per rectum – мелена.

Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз.
2. Лечение – диагностическая тактика?
3. В каких дополнительных методах обследования нуждается больной?
4. Определите тяжесть волевых нарушений.
5. Алгоритм дальнейших действий по лечению больного?

Ситуационная задача № 92

Больному 62 года. Неделью назад был гипертонический криз. Общее самочувствие сейчас неплохое, но беспокоит появившийся туман перед левым глазом.

Объективно: правый глаз - острота зрения 1,0. Передний отрезок глазного яблока не изменен. Среды прозрачны. На глазном дне: диск зрительного нерва не изменен. Извитость и расширение вен в парамакулярной области, сужение артериол. Симптом Салюса - Гунна 1-И. Отдельные точечные геморрагии в парапапиллярной зоне.

Левый глаз - острота зрения 0,4 (не корректируется). Передний отрезок глазного яблока не изменен. Среды прозрачны. Диск зрительного нерва не изменен, границы четкие. Вены слегка расширены и извиты, артерии сужены, неравномерного калибра, местами сосуды имеют вид «сосисок». Симптом Салюса - Гунна П-Ш. Отдельные сосуды имеют вид серебряной или медной проволоки. Мелкие геморрагии по глазному дну и дисзорические очаги.

Задание:

1. Выделите основные симптомы заболевания;
2. Какие основные лабораторные данные можно назначить для подтверждения диагноза;
3. Поставьте диагноз;
4. У какого специалиста должен лечиться больной;
5. Назначьте лечение.

Ситуационная задача № 93

Больной С., 39 лет, доставлен в стационар с жалобами на боли в нижних отделах живота. Из анамнеза – двое суток назад отметил появление болей в животе. Постепенно боли локализовались в правой подвздошной области. Больной занимался самолечением, за медицинской помощью не обращался.

Состояние средней степени тяжести, в сознании, кожа с землистым оттенком, черты лица заострены, Т 38,5, ЧДД 24, пульс 118 в минуту, АД 100/60 мм.рт.ст., язык сухой, живот равномерно вздут, напряжен и болезнен больше в нижних отделах, там же определяются перитонеальные симптомы. Перистальтика вялая, перкуторно – притупление в боковых отделах живота. В анализе крови: Эр.-3,9 x 10⁹/л, гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты – 17,5 x 10⁹/л, выражен сдвиг лейкоцитарной формулы влево, токсическая зернистость нейтрофилов. Лейкоцитарный индекс интоксикации равен 4.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Объем дополнительного обследования.
3. Какова возможная причина развития данной патологии в конкретном случае?
4. Тактика хирурга. Обоснование выбора оперативного доступа и объема операции
5. Необходимость и объем предоперационной подготовки.
6. Особенности ведения послеоперационного периода.

Ситуационная задача № 94

Больной 50 лет отмечает, что после падения с велосипеда потерял сознание. Был доставлен машиной «Скорая помощь» в нейрохирургическое отделение. После того, как пришел в себя, обнаружил, что появилось двоение, правый глаз хуже видит, а веко этого глаза опущено.

Объективно: верхнее веко правого глаза опущено, глазное яблоко неподвижно и отклонено кнаружи, зрачок расширен и его реакция на свет отсутствует. На глазном дне отмечается расширение и извитость вен. На Rn-грамме видна трещина основания черепа. Кожная чувствительность лба и параорбиты понижена.

Задание:

1. Выделите симптомы заболевания;
2. Сформулируйте основной синдром;
3. У какого специалиста должен лечиться больной?

Ситуационная задача № 95

Больная К., 72 лет поступила в хирургическое отделение через 12 часов после начала заболевания с жалобами на резкие боли в подложечной области и правом подреберье, однократную рвоту желчью, сухость, горечь во рту. Рвота была 2 часа назад, не приносящая облегчения.

Из анамнеза установлено, что в течение года больную периодически беспокоят ноющие боли в правом подреберье, которые больная связывает с употреблением жирной, жареной, соленой, острой пищи. Не обследовалась, за медицинской помощью не обращалась, лечилась в домашних условиях, принимала спазмолитики, без эффекта.

Объективно: общее состояние тяжелое. Тучная. Кожный покров и склеры слегка иктеричны. Пульс 102 в минуту, ритмичный. АД 100/60 мм.рт.ст. Одышка до 22-23 в минуту. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, при пальпации напряжен и резко болезненный в правом подреберье и эпигастрии. Положительные симптомы Ортнера и Мерфи. Кишечные шумы выслушивается, ослаблены. Перитонеальных симптомов нет. Желчный пузырь не пальпируется. Т тела 37,2, в крови лейкоцитоз ($11,8 \times 10^9/\text{л}$) с умеренным сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Вопросы:

1. О каком заболевании у больной можно думать?
2. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования Вы назначите при подтверждении диагноза?
3. Ваша тактика:
 - a) Консервативная терапия.
 - b) Оперативное лечение (характер, сроки выполнения)
4. Осложнения заболевания.
5. Экспертиза трудоспособности

Ситуационная задача № 96

Молодой человек 24 лет, доставлен через сутки после начала заболевания с жалобами на общую слабость, рвоту цвета кофейной гущи.

Больным себя считает с армии, когда стал отмечать периодически возникающие весной и осенью «голодные» боли в эпигастрии. Лечился самостоятельно. Ухудшение последние две недели, когда появились боли в эпигастрии, которые уменьшились после приема альмагеля. Два дня назад заметил дегтеобразный стул. Объективно общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые бледно-розового цвета, пульс 96 в минуту, ритмичный, АД 110/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, при пальпации незначительно болезнен в эпигастрии и справа. Перистальтика хорошая, стул темного цвета. В крови: Эр $3,5 \times 10^{12}/\text{л}$, Нв – 100 г/л.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Какое осложнение возможно у больного?
3. Какие необходимые инструментальные и лабораторные методы обследования следует выполнить?
4. Алгоритмы Ваших действий.
5. Принципы консервативной терапии.
6. Показания к оперативному лечению и возможные его варианты.
7. Ваши рекомендации при выписке.

Ситуационная задача № 97

Рядовой М., 26 лет. Доставлен в МПП через 3 часа после ранения груди осколком снаряда. На МПБ плевральная полость была дренирована иглой. Состояние тяжелое. Чувство удушья и сдавления в правой половине груди. Дышит часто, поверхностно. Пульс слабый, 140 в минуту. Рана в 5 межреберье по задней подмышечной линии, диаметром 2 см, сосет воздух. В 7 межреберье по задней подмышечной линии введена толстая инъекционная игла, фиксированная лейкопластырем. Через иглу воздух не идет. Перкуторно ниже 7 межреберья притупление, выше звук тимпанический. Сердечная тупость смещена влево.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Оцените качество дренирования плевральной полости на МПБ.
3. Каким образом правильно дренировать плевральную полость именно в данном случае, не имея под руками вообще ничего?
4. Каким образом улучшить качество дренирования на МПП вашему раненому?
5. Перечислите все мероприятия, показанные раненому на МПП при оказании помощи в полном объеме.

Ситуационная задача № 98

Ефрейтор З., 28 лет. Во время взрыва завален обвалившимися потолком. Через 4 часа доставлен на МПП. Жалуется на боли в спине и отсутствие движений и чувствительности в ногах. Состояние средней тяжести. Пульс 82 удара в минуту, качественный. Определяется выступающие остистого отростка 2 поясничного позвонка. Надавливание на него болезненно. Двигать ногами не может, чувствительность в них отсутствует. Живот умеренно болезнен над лоном. Там же притупление перкуторного звука. Перистальтика кишечника живая. Не мочился.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Перечислите мероприятия полного объема помощи на МПП.
3. Куда, в какую очередь и в каком положении следует эвакуировать пострадавшего из МПП
4. Каков прогноз для возвращения его в строй?

Ситуационная задача № 99

Сержант Г., 23 года. Получил сквозное пулевое ранение левого бедра с переломом кости. Их большого выходного отверстия было значительное кровотечение. На месте травмы была наложена давящая повязка, сделана инъекция шприцом-тюбиком. Нога фиксирована двумя досками. В МПП привезен через 50 минут после ранения. Состояние тяжелое, бледен, пассивен к окружающему. Пульс 110 ударов в минуту, слабый, АД 85/40. Нога фиксирована двумя досками, достигающими вверх до тазобедренного сустава. Бедро деформировано в средней трети, стопа повернута внутрь. Повязка на бедре значительно промокла кровью.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Каким образом следует провести обезболивание перелома бедра?
3. Оцените качество транспортной иммобилизации. Чем ее осуществить в условиях МПП?
4. Каким способом остановить продолжающееся умеренное кровотечение из раны бедра?

Ситуационная задача № 100

Лейтенант И., 25 лет. Во время артобстрела был придавлен бревном в области таза. В МПП доставлен через 3 часа после травмы. Жалобы на боли в области лона, распространяющие боли в нижней половине живота, позывы к мочеиспусканию и невозможность последнего. Имеются кровоподтеки над лоном и в левой паховой области. Там же резкая боль при пальпации. Живот мягкий, но над лоном определяются контуры растянутого мочевого пузыря. Из уретры выделяется небольшое количество крови.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Следует ли произвести катетеризацию мочевого пузыря?
3. В какую очередь и в каком положении эвакуировать пострадавшего в ОМедБ?
4. Какое хирургическое вмешательство сделают на этапе квалифицированной хирургической помощи?

Ситуационная задача № 101

Пациент 45 лет, по профессии программист, обратился к участковому врачу с жалобами на боли в эпигастральной области, преимущественно натощак и в ночное время, заставляющие его просыпаться, а также на почти постоянную изжогу, чувство тяжести и распирания в эпигастральной области после приёма пищи, изжогу, отрыжку кислым, тошноту. Из анамнеза известно, что пациент много курит, злоупотребляет кофе, питается нерегулярно. Часто бывают обострения хронического фарингита. Болен около трех лет. Не обследовался, лечился самостоятельно (принимал фитотерапию). При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ 32,0 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура тела нормальная. Зев – миндалины, задняя стенка глотки не гиперемированы. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет, симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. ЭФГДС: пищевод свободно проходим, утолщены продольные складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода, кардия смыкается не полностью. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые, в просвете небольшое количество окисленной крови. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметре. Края дефекта имеют чёткие границы, гиперемированы, отёчны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями. Постбульбарные отделы без патологии.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какое лечение и где Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.
5. Какова вероятность хирургического лечения? Возможные виды операций?

Больная С. 47 лет на приёме терапевта по поводу постоянных, усиливающихся после погрешностей в диете болей в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину, похудание.

В 40-летнем возрасте перенесла холецистэктомию по поводу калькулезного холецистита. Через полгода после операции появились почти постоянные, усиливающиеся после погрешностей в диете боли в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину. При применении спазмолитиков и при соблюдении диеты самочувствие улучшалось. Последние 1,5-2 года присоединился практически постоянный неоформленный стул, стала терять вес (похудела на 8 кг за 2 года). На протяжении этого же времени возникал зуд промежности, стала больше пить жидкости, участились мочеиспускания.

При осмотре состояние больной удовлетворительное. Телосложение правильное, незначительно повышенного питания. Рост – 175 см, вес – 90 кг, ИМТ – 29 кг/м². Голени пастозны. При сравнительной перкуссии лёгких определяется лёгочный звук. Аускультативно дыхание жёсткое, проводится во все отделы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС=80 уд/мин, АД - 156/85 мм рт. ст. Язык влажный, у корня обложен белым налётом. При поверхностной пальпации живота отмечается некоторая болезненность в эпигастрии и в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой пальпации пальпируется сигмовидная кишка в виде умеренно подвижного безболезненного цилиндра, диаметром 1,5 см. Имеется болезненность в зоне Шоффара. Положительный симптом Керте, симптом Мейо-Робсона. При перкуссии живота — тимпанит. Размеры печени по Курлову – 15х13х11 см. Печень выступает из-под рёберной дуги на 3-4 см, край умеренной плотности, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Поражение какого органа можно предположить, и с чем это связано?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту.
4. Определите тактику лечения больного.
5. Показания к хирургической операции?

Ситуационная задача № 103

Больной К. 43 лет, поступил в приёмное отделение с жалобами на слабость, периодически повторяющиеся ознобы, тупые боли в правом подреберье, эпигастрии.

Считает себя больным в течении 2 недель. За две недели до этого перенёс аппендэктомию по поводу острого гангренозного аппендицита. Выписан после операции с субфебрильной температурой тела.

При осмотре кожные покровы бледные. Пульс частотой 86 в минуту. Температура тела 38,3 С. Живот обычной формы, при пальпации определяется болезненность в верхних отделах живота. Печень на 3 см. ниже рёберной дуги.

При УЗИ органов брюшной полости в правой доле (VI–VII сегменты) определяется жидкостное образование без выхода на контур органа диаметром 50 мм. Его содержимое – густая жидкость. В просвете желчного пузыря определяется конкремент диаметром 2 см, общий желчный проток 4 мм в диаметре.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Причина появления жидкостного образования в печени?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту.
4. Определите тактику лечения больного.
5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача № 104

Больной П., 35 лет, в течение 2 недель проводилось лечение в терапевтическом стационаре по поводу обострения язвенной болезни 12-перстной кишки. 3 дня назад появились боли в области промежности, усиливающиеся при дефекации и мочеиспускании. Начала жаловаться на слабость, ознобы. Температура повысилась до 38,5°C. Переведена с этими жалобами в хирургическое отделение больницы для дальнейшего лечения. Из анамнеза: больная страдает геморроем около 8 лет. Применяет слабительные средства, свечи (отмечает склонность к запорам). Язва 12-перстной кишки выявлена впервые 5 лет назад, лечилась по этому поводу в терапевтическом стационаре 2 раза.

При осмотре: состояние удовлетворительное, пониженного питания. Кожные покровы чистые. Пульс 96 в мин., ритмичный. АД – 130/70 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот, мягкий безболезненный при пальпации. В области промежности кожа нормальной окраски. Пальпаторно – справа от ануса определяется инфильтрация тканей и умеренная болезненность. При пальцевом ректальном исследовании определяются увеличенные внутренние геморроидальные узлы. На правой стенке прямой кишки, выше гребешковой линии, определяется ее инфильтрация, сглаженность складок слизистой оболочки. Исследование резко болезненно.

Анализ крови: Эр. 3,8 Т/л, Нв. – 138 г/л, лейкоциты – 16,2 Г/л, п. – 18, с. – 60, л. – 16, м. – 4. СОЭ – 48 мм/ч.

- *Анализ мочи*: уд. вес – 1016, белок – 0,12 г/л, сахара нет, лейкоциты – 4-6-8 в п/зр., эр. – 2-4 в п/зр.

- *Глюкоза крови*: 5,1 ммоль/л. –

- *ЭКГ*: Синусовая тахикардия 100 в мин. Горизонтальное положение ЭОС. Признаки гипоксии миокарда.

- *ФГДС*: рубцующаяся язва луковицы 12-перстной кишки. Гастрит с очаговой атрофией слизистой.

Вопросы:

1. Ваш диагноз при поступлении больной в хирургическое отделение (основной, осложнения, сопутствующий)?

2. Какие дополнительные исследования (лабораторные, инструментальные) Вы считаете необходимыми для уточнения диагноза?

3. С какими заболеваниями приходится иногда дифференцировать имеющуюся у больной патологию?

4. Кратко охарактеризуйте анатомические особенности прямой кишки (отделы ее, протяженность).

5. Какую тактику лечения Вы выбираете? В случае оперативного лечения – каковы объем операции, возможные варианты?

Ситуационная задача № 105

В стационар поступил больной К. 50 лет с жалобами на боли в верхних отделах живота, больше натошак. Из анамнеза выяснено, что два года назад ему выполнена антральная резекция желудка по Б-П по поводу язвенной болезни. Через год произведена трансторакальная стволовая ваготомия в связи с обнаружением пептической язвы анастомоза. Проведя обследование через шесть месяцев, вновь обнаружили пептическую язву соустья, которая зажила после курса современной терапии. В связи с очередным обращением больного выполнена ФГС, обнаружена пептическая язва гастроэнтероанастомоза. При рентгеноскопии желудка обнаружили большую культю желудка.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Причина рецидива пептической язвы и с чем это связано?

3. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту?

4. Определите тактику лечения больного.

5. Возможное хирургическое лечение?

Ситуационная задача № 106

У больного 66 лет, перенесшего месяц назад острый инфаркт миокарда, выполнена балонная дилатация коронарных артерий со стентированием, получает дезагреганты. Неделю назад появилось кровотечение из прямой кишки в конце акта дефекации. Несмотря на проводимую

консервативную терапию в виде применения геморроидальных свечей, кровотечение продолжается в течение 7 дней. При аноскопии и ректороманоскопии обнаружены внутренние геморроидальные узлы, один из которых изъязвлен и кровоточит. Гемоглобин крови 76 г/л.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дополнительные исследования для его подтверждения?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Лечебная тактика?
5. Виды возможных операций?

Ситуационная задача № 107

Больной 40 лет поступил в хирургическое отделение через 4 ч от начала заболевания, с жалобами на сильные схваткообразные боли в животе, появившиеся вскоре после тяжелой физической работы, рвоту, вздутие живота, неотхождение газов. Общее состояние больного средней тяжести, он беспокоен, мечется, пульс 92 в минуту, температура нормальная. Живот вздут, мягкий, умеренно болезненный в эпигастриальной области. При пальцевом ректальном исследовании ампула прямой кишки пуста.

Дежурный врач установил диагноз острой кишечной непроходимости и с лечебной целью поставил сифонную клизму, однако уже после введения небольшой порции жидкости у больного появился стул цвета «мясных помоев». Это склонило врача в пользу диагноза илеоцекальной инвагинации, и он оперировал больного, используя правосторонний параректальный доступ по Ленандеру. Однако слепая и подвздошная кишки оказались на месте. Не найдя патологии со стороны органов, доступных осмотру из этого разреза, хирург зашил рану и вскрыл брюшную полость среднесрединным разрезом. После длительной ревизии и продолжения разреза вверх было установлено, что в отверстии диафрагмы ущемлена часть поперечной ободочной кишки. Отверстие в диафрагме хирургом было расширено. Ущемленная петля кишки извлечена в брюшную полость, она оказалась жизнеспособной. Отверстие в диафрагме было ушито.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Какие ошибки привели хирурга к неправильному диагнозу?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Изменил бы хирург тактику, если бы сразу был поставлен диагноз ущемления диафрагмальной грыжи?

Ситуационная задача № 108

Больной А. 70 лет, обратился в поликлинику с жалобами на тупые боли в правой поясничной области, появление крови в моче. Подобные боли впервые появились около 6 месяцев назад. Травму отрицает, мочится самостоятельно тонкой струей. Принимает по назначению уролога альфаадреноблокаторы по поводу аденомы простаты.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Пальпация правой поясничной области умеренно болезненна. Симптом поколачивания отрицательный. Почка не пальпируется.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Результаты каких исследований Вам необходимы?
4. Окончательный диагноз? Тактика?

Ситуационная задача № 109

Больная 52 лет при обращении к врачу жалуется на периодические приступообразные боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку, повышение температуры. Последний месяц приступы участились, стали сопровождаться желтухой. Боли и желтуха проходят после приема но-шпы.

Объективно: состояние удовлетворительное, пульс 80 уд/мин, склеры иктеричные. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена, желчный пузырь не определяется. Билирубин сыворотки крови 40 ммоль/л, прямой – 30 ммоль/л, непрямой – 10 ммоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какое дообследование показано?
4. Предполагаемое лечение?

Ситуационная задача № 110

Вас, как участкового врача, пригласили на дом к больному 30 лет, который болеет в течение 5 лет язвенной болезнью желудка. Неоднократно проходил амбулаторно курсы консервативной терапии, обычно это происходило весной или осенью.

Сегодня утром, встав с постели, на несколько секунд потерял сознание, стал отмечать общую слабость, головокружение. Вскоре появилась тошнота, однократная рвота цвета «кофейной гущи».

Объективно: врач обнаружил бледные кожные покровы, живот правильной формы, мягкий при пальпации умеренно болезненный в эпигастральной области, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие еще исследования Вы должны провести?
3. Какую лечебную тактику Вы предпримете?
4. В чем будет заключаться первая помощь?
5. Какие лабораторные показатели крови Вас должны интересовать?

Ситуационная задача № 111

Больной К. 43 лет, поступил в приёмное отделение с жалобами на слабость, периодически повторяющиеся ознобы, тупые боли в правом подреберье, эпигастрии.

Считает себя больным в течении 2 недель. За месяц до этого перенёс аппендэктомию по поводу острого гангренозного аппендицита. Выписан после операции с субфебрильной температурой тела. При осмотре кожные покровы бледные. Пульс частотой 86 в минуту. Температура тела 38,3 С. Живот обычной формы, при пальпации определяется болезненность в верхних отделах живота. Печень на 3 см. ниже рёберной дуги. При УЗИ органов брюшной полости в правой доле (VI–VII сегменты) определяется жидкостное образование без выхода на контур органа диаметром 50 мм. Его содержимое- густая жидкость.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Дополнительное обследование?
4. Тактика лечения больного?

Ситуационная задача № 112

В приемный покой доставлен больной 40 лет с жалобами на обильную кровавую рвоту, слабость, головокружение. Заболел внезапно, накануне дважды вырвало кровью. В анамнезе болезнь Боткина, злоупотребление алкоголем.

Объективно: пульс 110 уд./мин., АД – 100/70 мм рт.ст.. Живот увеличен в размерах, видны расширенные подкожные вены в мезогастррии. Печень при пальпации не определяется, селезенка плотная, безболезненная выступает на 2 см из левого подреберья. Перкуторно в брюшной полости выявлена свободная жидкость. Размеры печени по Курлову 7х6х3 см. Ректально - кал обычного цвета.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Параклиническое обследование?
4. Лечение

Ситуационная задача № 113

Больной М., 34 лет, страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в течение 10 лет. В последнюю неделю боли усилились, беспокоили на голодный желудок, особенно ночью. За 10 часов до поступления внезапно появились резкие боли в эпигастральной области, больной вынужден был присесть на корточки от боли. Однократно состоялась рвота. Очень быстро боли распространились по всему животу.

При осмотре положение больного вынужденное: на боку с приведенными к животу ногами. $Pl = 112$ уд/мин, ритмичный, АД = 110/80 мм.рт.столба. С трудом из-за болей больной уложен на спину. Брюшная стенка в акте дыхания не участвует. Выражен рельеф мышц живота. При пальпации брюшная стенка доскообразно напряжена, при перкуссии живота резкая болезненность во всех его отделах, печеночная тупость не определяется.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Необходимые методы диагностики?
3. Дифференциальная диагностика?
4. Лечебная тактика?

Ситуационная задача № 114

Больного 62 лет в течение 10 лет беспокоит боль в левой ноге, в летнее время может пройти без остановки 50 м. Общее состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы левой стопы и голени бледные, прохладные на ощупь, активные движения в полном объеме. Пульсация бедренной артерии под паховой складкой отчетливая, на подколенной и артериях стопы не определяется. При ангиографии получено изображение бедренной артерии до уровня средней трети бедра. Контуры ее неровные, извитые. Подколенная артерия заполняется через хорошо выраженные коллатерали.

Вопросы:

1. Какой диагноз следует поставить на основании клиники и данных ангиографии?
2. Какое лечение показано больному?
3. Возможные варианты хирургического лечения?

Ситуационная задача № 115

В поликлинику обратился больной 60 лет с жалобами на появившийся ахоличный стул, темную мочу, а через несколько дней без боли желтушное окрашивание кожи и склер, небольшой кожный зуд. В начале заболевания пациент находился в командировке и принял решение вернуться домой. Через три дня дома отметил уменьшение желтушности кожных покровов, склер и появление темного стула. В анамнезе хронический гастрит, при неоднократном проведении ФГДС другой патологии не находили. За шесть месяцев до этого пациенту произведен остеосинтез в связи с переломом бедра.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, желтушность кожных покровов, пульс 70 уд./мин, АД=120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, в правом подреберье определяется плотно-эластическое, безболезненное образование 6х8 см. Печень и селезенка не пальпируются. Ректально – мелена. Лабораторно - общий билирубин 68,4; прямой - 51,3; не прямой - 17,1 мкмоль/л; АЛТ, АСТ – небольшое превышение нормы. Анализ крови без особенностей.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Что за образование пальпируется в правом подреберье?
3. Какое дополнительное обследование необходимо провести?
4. Предполагаемое лечение?

Вами на дому осмотрен больной 28 лет. Жалобы на давящие боли в эпигастрии, тошноту. Заболел неделю тому назад, интенсивные боли носили опоясывающий характер. Указанные жалобы появились после употребления алкоголя. В последующие дни употреблял «народные средства», что привело к стиханию болей. В последние 2 дня боли в эпигастрии усилились, температура повысилась до 38°C.

Объективно: общее состояние тяжёлое. Язык сухой, обложен. Живот болезненный и умеренно напряжён в эпигастриальной области, где пальпируется опухолевидное образование плотной консистенции с неровной поверхностью.

Вопросы:

1. Ваш диагноз, тактика?
2. Дифференциальный диагноз?
3. План обследования?
4. План лечения?

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

Ситуационная задача № 1

К врачу акушеру-гинекологу обратилась пациентка С., 32 года с жалобами на периодические выделения из молочных желез, болезненность молочных желез с обеих сторон во вторую фазу менструального цикла в течение 3 мес. В настоящее время 6 день менструального цикла.

Анамнез жизни. Хронические экстрагенитальные заболевания отрицает. Курение в течение 12 лет до 1/2 пачки сигарет в день. В течение последних 6 месяцев принимает антидепрессанты, назначенные врачом психиатром. В возрасте 18 лет – острый аппендицит, лапароскопия, аппендэктомия - без осложнений.

Наследственность. Бабушка умерла в 50 лет от рака молочной железы.

Гинекологический анамнез. Менархе в 14 лет, менструации регулярные, через 21 день, по 3-5 дней скудные, болезненные (купирует приемом НСПВ). Беременностей - 0. Имеет постоянного полового партнера, контрацепция барьерным методом. В возрасте 19 лет - разрыв кисты правого яичника, лапароскопия, резекция яичника.

Объективно: повышенного питания, ИМТ 33 кг/м², по органам и системам без патологии.

Осмотр и пальпация молочных желез. Осмотр - молочные железы в асимметричные, правая больше левой, кожные покровы не изменены, сосудистый рисунок не изменен, ареолы пигментированы, соски обычной формы, симметричные, инфрамаммарная область без особенностей. Пальпация в положении стоя и лежа – в обеих позициях апикальные, надключичные и подмышечные лимфоузлы не пальпируются. При пальпации правой молочной железы в 3 квадранте на 5 часах определяются участки уплотнений, которые не имеют четких границ и определяются в виде тяжей, мелкой зернистости, умеренно болезненные. Левая молочная железа при пальпации без патологии. Выделения из обоих сосков прозрачные.

Гинекологическое исследование – наружные половые органы без патологии, оволосение по женскому типу. Влагалище свободное, слизистая розового цвета, шейка матки коническая, чистая, наружный зев точечный. Матка отклонена кзади, не увеличена, подвижная, мышечной консистенции, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, своды влагалища свободные, безболезненные. Выделения слизистые, умеренные.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. В соответствии с предварительным диагнозом назначьте план обследования пациентки
3. Опишите критерии BI-RADS 2 при маммографическом исследовании
4. Какой риск рака молочной железы у данной пациентки? Нужна ли ей трепан биопсия?
5. Назначьте и обоснуйте лечение при условии, что у пациентки маммографическая и ультразвуковая картина правой молочной железы соответствует BI-RADS2

Ситуационная задача № 2

Дежурный врач роддома приглашен акушеркой в отделение патологии беременных. Беременная Н., 32-х лет, жалуется на снижение двигательной активности плода в течение последних двух дней, отсутствие шевеления плода в течении 4 часов; час назад появились периодические схваткообразные боли внизу живота, регулярные (каждые 5 минут), малоболезненные.

Из анамнеза выяснено, что данная беременность вторая, первая беременность 3 года назад закончилась стремительными срочными родами, ребенок родился в состоянии тяжелой асфиксии, отстает в физическом и психическом развитии, наблюдается у невролога.

Данная беременность желанная, в женской консультации наблюдалась регулярно. В раннем сроке беременности перенесла ОРВИ. Госпитализирована три дня назад в сроке 37⁺⁴ недели в связи с подозрением на задержку роста плода. При ультразвуковом исследовании установлено, что по фетометрии плод соответствует 35 неделям; маловодие (амниотический индекс 10 при норме от 12 до 20); уменьшение толщины плаценты.

Беременная курит на протяжении всей беременности по 1/2 пачки сигарет в день.

Объективно: Состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, отеки на нижних конечностях. Беременная несколько возбуждена, обеспокоена состоянием ребенка. Пульс 88 уд/мин, удовлетворительного наполнения, АД 130/80 мм рт. ст. Размеры таза 24-27-29-18 см. Окружность живота 95 см, высота стояния дна матки 32 см. Родовая деятельность – схватки через 5 минут, по 15 секунд, малоболезненные. Матка вне схваток в нормотонусе, безболезненная. Положение плода продольное. Предлежит головка плода, находится над входом в малый таз. Сердцебиение плода глухое, ритмичное с частотой 130 уд/мин, с эпизодами урежения сердцебиения после схватки до 105 уд/мин.

PV: влагалище рожавшей, шейка укорочена до 0,5см, цервикальный канал пропускает 4 см. Плодный пузырь цел, наливается во время схватки. Головка плода неплотно прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа у лона. Мыс не достигается, таз емкий, экзостозов нет. Выделения светлые, слизистые.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Вероятные причины осложнения.
3. Необходимые исследования, подтверждающие диагноз.
4. Лечебная тактика.

Ситуационная задача № 3

Больная И., 28 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на задержку менструации в течение 4 недель, ноющие боли внизу живота, отмечает тошноту по утрам, в последние 2 недели - рвоту до 5-6 раз в сутки.

Из анамнеза установлено: менархе с 15 лет, установились через 6 месяцев, по 3-4 дня, умеренные, безболезненные, цикл 30 дней. Последняя нормальная менструация началась 8 недель назад. Половая жизнь с 20 лет, последние 6 месяцев от беременности не предохранялась (ранее с целью контрацепции использовала презервативы). Три года назад первая беременность закончилась медицинским абортom, который осложнился метроэндометритом, потребовавшим стационарного лечения.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Слизистые розового цвета, влажные. Пульс 72 уд в мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 120/80 мм рт. ст., температура тела 36,7°C. Со стороны дыхательной, сердечно-сосудистой, мочевыводящей систем патологии не выявлено. Живот мягкий, участвует в акте дыхания, при пальпации болезненный в нижних отделах, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Стул регулярный. Мочеиспускание свободное, не учащено.

Гинекологическое исследование: шейка матки и слизистая влагалища цианотичные, выделения светлые, в обычном количестве. Шейка матки коническая, отклонена кзади, наружный зев замкнут, щелевидный. Влагалище нерожавшей женщины. Матка в типичном положении, увеличена до 5 недель беременности, при пальпации легко возбудима, отмечаются положительные симптомы Снегирева, Пискачека, Гентера. Придатки с обеих сторон не пальпируются. Своды глубокие, безболезненные.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Опишите симптомы Снегирева, Пискачека, Гентера.
3. Объем исследований, необходимых для уточнения диагноза.
4. Возможные причины развития осложнений.
5. Тактика врача и необходимый объем лечения.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

Ситуационная задача № 4

Беременная С., 28 лет, доставлена родильный дом машиной скорой помощи в 2 часа ночи с жалобами на кровотечение из влагалища; слабость. Других жалоб нет.

Из анамнеза выяснено, что данная беременность пятая, желанная. В анамнезе одни срочные нормальные роды, три медицинских аборта, последний осложнился эндометритом на фоне остатков плодного яйца. В течение настоящей беременности в сроке 6 недель получала стационарное лечение в гинекологическом отделении в связи с угрожающим выкидышем (дидрогестерон, транексам). В дальнейшем периодически отмечала скудные кровяные выделения из влагалища.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы умеренно бледные, чистые, пульс 92 уд/мин, удовлетворительного наполнения, АД 100/60 мм рт. ст. на обеих руках. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный, перитонеальных симптомов нет. Матка овоидной формы с четкими контурами, безболезненная, в нормальном тонусе, соответствует 31 недели беременности. Родовой деятельности нет. Положение плода косое, сердцебиение приглушенное, ритмичное, 140 уд/мин. В области пупартовых связок выслушивается шум, совпадающий с пульсом матери. На подкладной пятно алой крови до 10 см в диаметре.

Вопросы:

1. Выделите синдромы.
2. Диагноз и его обоснование.
3. Назовите все возможные причины вагинального кровотечения у беременной.
4. Последовательность мероприятий при оказании неотложной помощи. Каковы ожидаемые результаты при обследовании?
5. Оцените прогноз для матери и плода.
6. Возможные варианты акушерской тактики при данной патологии.

Ситуационная задача № 5

Первобеременная М., 19 лет, доставлена в приемное отделение родильного дома машиной скорой помощи с жалобами на общую слабость, головокружение, постоянные боли в животе, незначительные кровяные выделения из половых путей; отсутствие шевеления плода в течение часа.

Из анамнеза выяснено, что болевой синдром беспокоит около 6 часов, шевеление плода не ощущает, считает, что срок беременности 38 недель. Беременность желанная, на учете в женской консультации состоит с ранних сроков беременности. С 28 недель беременности выявлена артериальная гипертензия (АД 150/90 мм рт. ст.), от антигипертензивной терапии отказалась.

Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, конечности холодные. Пульс 120 уд/мин, слабого наполнения, АД 90/60 мм рт. ст. Высота стояния дна матки 39 см, окружность живота 98 см. Матка с четкими контурами, напряжена, болезненная при пальпации, больше в области правого тазобедренного угла. Предлежит головка плода, прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода не выслушивается.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка матки длиной до 1,5 см, мягкая, внутренний зев пропускает фалангу пальца, плодный пузырь цел, напряжен. Предлежит головка, прижата ко входу в таз. Пальпации доступны верхний край лонного сочленения и внутренняя поверхность лона. Мыс крестца не достигается, таз емкий. Выделения незначительные, темно-красные.

Вопросы:

1. Выделите синдромы.
2. Диагноз и его обоснование.
3. Подсчитайте индекс Альговера (шоковый индекс).
4. С какой акушерской патологией следует провести дифференциальную диагностику?
5. Чем обусловлено развитие осложнения и какие мероприятия необходимо в данной ситуации выполнить безотлагательно?
6. Какие лабораторные исследования следует произвести?
7. Определите тактику ведения больной.
8. Назовите возможные объемы оперативного вмешательства при данной патологии.

Ситуационная задача № 6

Бригада скорой помощи вызвана на дом к беременной 34 лет. Пациентка лежит на кровати, в сознании, предъявляет жалобы на головную боль, боли в эпигастрии, тошноту, однократную рвоту. Головная боль беспокоит в течение двух дней, диспептические симптомы появились сегодня утром.

Из анамнеза установлено, что настоящая беременность у женщины - 5, нежеланная, на учете в женской консультации не состоит. Роды предстоят вторые. Первая беременность закончилась родами 14 лет назад, остальные беременности - медицинскими абортами без осложнений. Дату последней менструации не помнит, на вопросы отвечает вяло, заторможена.

Вчера появилась заложенность носа, осиплость голоса, периодически «как бы туман перед глазами», периодически «тяжесть» в голове. В связи с этим был вызван на дом участковый терапевт, который в амбулаторной карте отметил, что у беременной бледное, одутловатое, лицо, веки отечные. На голенях небольшие отеки. АД 130/100 мм рт. ст. Дно матки на середине между пупком и мечевидным отростком. В зеве небольшая гиперемия задней стенки глотки. Диагноз - ОРВИ. Рекомендации - полоскать горло отваром ромашки, закапывать в нос «Галазолин».

Объективно – состояние тяжелое, заторможена, следов инъекций на теле нет. Кожные покровы телесные; отеки на нижних конечностях, лице, передней брюшной стенке. Пульс 80 уд/мин, АД 180/120 мм рт. ст. на обеих руках. Язык влажный, чистый. Высота стояния дна матки 34 см. Матка в нормотонусе, безболезненная при пальпации. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. ЧСС плода 140 уд/мин, сердцебиение приглушенное, ритмичное.

Врачом скорой помощи сделана инъекция дибазола и папаверина, беременная транспортирована в приемное отделение родильного дома. В приемном отделении во время измерения артериального давления акушеркой у больной появились мелкие фибриллярные подергивания мышц лица, «перекосились» глаза, закатились и стали видны белки глазных яблок, зрачки расширились. В этот момент в приемное отделение подошел дежурный врач.

Вопросы:

1. Выделите синдромы.
2. Предположительный диагноз, его обоснование.
3. Требуется ли данная патология неотложной помощи и в каком объеме?
4. Какой должна быть дальнейшая тактика?
5. Определите объем обследования при поступлении. За какими параметрами следует вести мониторинг в дальнейшем?
6. Перечислите основные компоненты интенсивной терапии при данном осложнении беременности.

7. Нуждается ли беременная в досрочном родоразрешении? Если да, то когда следует его провести? Какой метод родоразрешения Вы считаете оптимальным.

Ситуационная задача № 7

Родильница К., 26 лет, 4-е сутки послеродового периода. Жалобы на общую слабость, озноб, головную боль, тяжесть внизу живота.

Из анамнеза известно, что две предыдущие беременности у родильницы закончились медицинским абортom, последний осложнился эндометритом. Данная беременность третья, протекала с клиникой угрожающего выкидыша, трижды лечилась в стационаре по поводу многоводия. Роды преждевременные в сроке гестации 36 недель, преждевременным разрывом плодных оболочек. Родилась девочка весом 2200г, длиной 43 см с оценкой по Апгар 6 баллов. Неонатологи подозревают у новорожденного внутриутробную инфекцию.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, умеренно бледные. На щеках румянец, видимые слизистые суховаты. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 18 в минуту. Пульс 90 уд/мин, удовлетворительного наполнения. Температура тела 38,4⁰С. АД 110/60 мм рт. ст. Язык влажный, умеренно обложен беловатым налетом. Живот мягкий, не вздут, безболезненный, перитонеальных симптомов нет. Печень не увеличена. Мочеиспускание не нарушено. Диурез адекватный. Стул был утром, оформленный.

Гинекологическое исследование: наружные половые органы без патологии. Слизистая влагалища не изменена, шейка матки формируется, пропускает 1 палец. Матка «тестоватой» консистенции, чувствительная при пальпации, дно матки на 3 см ниже пупка. Выделения из половых путей кровяные, мутные, в значительном количестве, с неприятным запахом.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз и его обоснование.
2. Необходимый объем обследования.
3. Общие принципы лечения. Напишите лист назначений.
4. Факторы риска возникшего осложнения.
5. Профилактика.

Ситуационная задача № 8

В приемное отделение обратилась беременная Н., 17 лет, с жалобами на нерегулярные ноющие боли в нижней части живота, которые появились после незначительной физической нагрузки (делала уборку в квартире).

Из анамнеза выявлено, что данная беременность вторая, желанная, на учете в женской консультации состоит с ранних сроков. Первая беременность закончилась самопроизвольным выкидышем полгода назад в сроке 12 недель. Настоящая беременность, со слов, протекает без осложнений. Менархе в 15 лет, менструации нерегулярные по 5-6 дней, безболезненные. Половая жизнь с 14 лет, замужем 1 год. От беременности не предохранялась. Курит 1\2 пачки сигарет в день.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, положение активное, телосложение астеническое. ИМТ 14 кг/м². Кожные покровы телесные, отеков нет. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Размеры костного таза – 23-25-27-18 см. Матка соответствует 29 неделям беременности, с четкими контурами, плотная, при пальпации чувствительная, легко возбудимая. Положение плода неустойчивое, сердцебиение ритмичное, 150 уд/мин.

Данные влагалищного исследования: наружные половые органы гипопластичны, оволосение по женскому типу. Влагалище нерожавшей, узкое. Шейка матки длиной до 0,5 см, расположена центрально, мягкая, наружный зев пропускает фалангу пальца, внутренний – кончик пальца. Предлежащая часть высоко. Мыс не достигается. Экзостозов нет. Выделения светлые, слизистые.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Назовите факторы риска преждевременных родов
3. Патогенез возникшего осложнения.
4. Определите объем обследования.
5. Назначьте лечение, напишите лист назначений.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 9

В родильный дом доставлена бригадой скорой помощи из пригородного поселка роженица Р., 32 лет, находящаяся в родах 19 часов.

Из анамнеза выяснено, что на момент осмотра врачом безводный промежуток составляет 20 часов. Настоящая беременность пятая, предстоящие роды – третьи. Данная беременность нежеланная, на учете в женской консультации не состояла. В течение 2-х часов потуги через 1-1,5 минуты по 60 сек, интенсивные.

Объективно: роженица крайне беспокойна, кричит, держится за живот. Лицо гиперемировано. Частота дыхания 21 в минуту. Пульс 98 уд/мин, удовлетворительного наполнения. АД 130/80 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Не мочилась в течение 3-х часов.

Размеры таза: 25-30-31-17 см. Окружность живота 100 см, ВДМ 41 см. Положение плода продольное, головка фиксирована во входе в таз. Признак Вастена положительный. Сердцебиение плода глухое, ритмичное с частотой 88 уд/мин. Нижний сегмент матки истончен, болезненный при пальпации, контракционное кольцо на уровне пупка, имеет косое направление. Матка напоминает по форме «песочные часы».

Влагалищное исследование: открытие зева полное, края шейки отечные, свисают во влагалище. Головка фиксирована во входе в таз, пальпации доступны верхний край лона и внутренняя поверхность лонного сочленения. На головке большая родовая опухоль, которая не позволяет определить положение швов и родничков.

Врач отдал распоряжения о подготовке к операции кесарево сечение и переводе роженицы в операционную. Во время транспортировки состояние роженицы резко ухудшилось. Она побледнела, покрылась холодным потом, заторможена. Пульс нитевидный, до 120 уд/мин, АД 70/40 мм рт.ст. Контуры матки нечеткие, сердцебиение плода не выслушивается, части плода легко пальпируются через переднюю брюшную стенку.

Вопросы:

1. Диагноз на момент поступления в клинику и его обоснование.
2. Какое осложнение возникло? Определите тактику ведения роженицы.
3. Патогенез возникшего осложнения.
4. План неотложных мероприятий.

Ситуационная задача № 10

В приемное отделение «скорой помощью» из дома доставлена повторнородящая О., 26 лет, с регулярной родовой деятельностью в течение 3-х часов. Во время транспортировки в приемное отделение у роженицы отошли воды. Жалуется на схватки, подтекание из половых путей околоплодных вод.

Из анамнеза выявлено, что данная беременность 3, первая беременность 5 лет назад закончилась медицинским абортom, без осложнений; вторая – родами. Данная беременность желанная, женскую консультацию посещала регулярно. Течение беременности осложнилось угрожающим выкидышем в раннем сроке.

Объективно: рост 165 см, вес 76 кг. Общее состояние удовлетворительное, кожные покровы телесные, отеков нет. АД 120/80 мм рт. ст., пульс 80 уд/мин. Матка соответствует доношенной беременности, высота стояния дна матки 38 см, окружность живота 104 см. Положение плода продольное, предлежит головка, неплотно прижата ко входу в малый таз. Размеры таза 23-26-28-18 см. Родовая деятельность: схватки через 4 минуты по 30 секунд, умеренные, малоболезненные. ЧСС плода 100 уд/мин, сердцебиение приглушенное, ритмичное.

Влагалищное исследование: влагалище свободное. Шейка матки в виде кольца, сглажена, открытие 8 см. Плодный пузырь отсутствует, во влагалище петли пульсирующей пуповины. Головка неплотно прижата ко входу в малый таз, малый родничок слева у лона, стреловидный шов в правом косом размере. Мыс не достижим. Подтекают светлые околоплодные воды.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Прогноз для матери и плода, предположительная масса плода.
3. План ведения родов и лечебная тактика.
4. Возможные последствия для плода перенесенной в родах асфиксии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №11

Больная А., 29 лет, поступила в гинекологическую клинику с жалобами на боли внизу живота, общую слабость, повышение температуры до 38°C, сукровично-гнойные выделения из половых путей.

Анамнез заболевания: три дня назад, в гинекологическом отделении проведен медицинский аборт в сроке 9 недель беременности. Ушла из стационара в тот же день самовольно.

Менструальная функция не нарушена. Половая жизнь с 20 лет, в браке, имела пять беременностей, две из которых закончились срочными родами, три – медицинскими абортами. Последняя беременность 2 года назад, закончилась медицинским абортом, который осложнился воспалительным процессом матки и придатков, лечилась в гинекологическом стационаре. Не предохраняется.

При объективном исследовании патологии со стороны внутренних органов не выявлено.

Гинекологическое исследование: наружные половые органы сформированы правильно. Слизистая влагалища гиперемирована. Шейка матки цилиндрической формы, смазана гнойными выделениями, наружный зев замкнут, из цервикального канала сукровично-гнойные выделения. Матка в правильном положении, увеличена до 5 недель условной беременности, неоднородной консистенции, болезненная при пальпации. Придатки без пальпаторных изменений. Выделения из половых путей сукровично-гнойные.

ВОПРОСЫ:

1. Предварительный диагноз.
2. Какие анализы необходимо провести для уточнения этиологии воспалительного процесса?
3. Каковы принципы лечения?
4. Контрацепция после медицинского

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №12

Больная В., 27 лет, поступила в гинекологическую клинику с жалобами на боли внизу живота, подвздошных областях, больше справа, общую слабость, повышение температуры до 39°C, тошноту, однократную рвоту.

Анамнез заболевания: заболела остро, на третий день после проведения рентгенологического обследования маточных труб в связи с бесплодием. Ранее почти ежегодно лечилась в гинекологических отделениях по поводу воспалительного процесса гениталий. Нарушения менструальной функции не было. Имела одну беременность, которая закончилась медицинским абортom десять лет назад. В последующем беременности не было, от беременности не предохраняется.

Объективно: патологии со стороны внутренних органов не выявлено. Кожа и видимые слизистые бледноватые. Язык сухой, обложен беловатым налетом. Пульс 110 уд. в мин. Т 39°C. Живот мягкий, болезненный над лоном, подвздошных областях. Положительные симптомы раздражения брюшины в месте болезненности.

Гинекологический статус: наружные половые органы сформированы правильно. Слизистая влагалища гиперемирована. Шейка матки конической формы, не эрозирована. Матка несколько увеличена, неоднородной консистенции, отклонена кзади, ограниченно подвижная, болезненная. Справа в области придатков пальпируется образование величиной 3х7 см, резко болезненное, неоднородной консистенции, ограничено в подвижности. Слева придатки четко не определяются, пальпация болезненная. Выделения гнойные.

ВОПРОСЫ:

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования пациентки.
3. Тактика врача.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №13

Больная А., 27 лет, экономист, поступила в гинекологическую клинику с жалобами на боли внизу живота, кровяные выделения из половых путей мажущего характера. Из анамнеза выявлено, что кровяные выделения появились сегодня утром. Считает себя беременной, сроком 6 недель, беременность не планируемая, желанная. Половой жизнью живет с 18 лет. Замужем с 21 года. В браке имела 4 беременности, которые закончились 1 срочными родами и 3 медикаментозными абортами в сроки до 9 недель беременности. Менструации с 16 лет, регулярные. Последняя менструация 3 недели назад. Гинекологические заболевания отрицает. Объективно - Кожа и слизистая бледно-розового цвета, органы грудной клетки без отклонений от нормы. Пульс 80 ударов в мин., ритмичный, хорошего наполнения. АД 120/80, температура 36,8 гр. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Гинекологический статус: наружные половые органы сформированы правильно. Слизистая вульвы и влагалища цианотичная. Влагалище узкое, шейка матки конической формы, зев замкнут. Матка соответствует 5-ти недельной беременности, мягковатой консистенции, подвижная, безболезненная. Придатки без пальпаторных изменений. Выделения коричневатого цвета, мажущего характера.

ВОПРОСЫ:

1. Установите клинический диагноз.
2. Какие первоочередные обследования необходимо назначить пациентке?
3. Назовите возможные варианты локализации беременности.
4. Какая тактика ведения показана пациентке?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №14

Беременная В., 23-х лет, обратилась с жалобами на чувство тяжести внизу живота и в поясничной области, кровомазанье, появившееся в течение суток.

Из анамнеза выяснено, что в детстве часто болела простудными заболеваниями. Менструации с 14 лет, через 35-38 дней, болезненные, скудные, длительностью 2-3 дня, установились через один год. Последняя менструация два месяца назад. Половая жизнь в течение 2-х лет. Беременность первая.

Объективно: со стороны сердца, легких, ЖКТ, почек патологии не выявлено. Рост 155 см, масса тела 48 кг.

Влагалищное исследование: наружные половые органы сформированы по женскому типу, шейка матки конической формы, до 4 см, наружный зев закрыт, тело матки увеличено до размеров гусиного яйца, плотноватой консистенции, безболезненное, придатки не пальпируются. Выделения из влагалища кровяные, скудные.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Вероятные причины возникшего осложнения.
3. Необходимые дополнительные исследования.
4. Принципы лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №15

Первобеременная В., 20 лет, поступила в отделение патологии беременности. Дата поступления 6 ноября.

Сопутствующих заболеваний у беременной не выявлено.

Менструации с 14 лет по 5-7 дней через 28 дней, умеренные. Последняя менструация 30 января. Дату первого шевеления плода не помнит.

Из анамнеза выяснено, что в связи с настоящей беременностью врача посещала редко, поскольку считала, что беременность протекает без осложнений. Женщина является студенткой.

Объективно: состояние удовлетворительное. ОЖ 92 см, ВДМ 37 см. Положение плода продольное, слева пальпируется площадка, справа – мелкие бугорки, меняющие положение при пальпации, над входом в малый таз определяется округлая ballotирующая часть, прижатая к лону. Сердцебиение плода выслушивается слева ниже пупка, ритмичное, ясное, с частотой 132 уд/мин.

Лабораторно: в общем анализе крови гемоглобин 97 г/л, остальные лабораторные показатели в пределах нормальных значений.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование
2. Определите предлежание, вид, позицию и предполагаемую массу плода
3. Составьте план ведения пациентки

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №16

Роженица К., 30 лет, поступила в санпропускник с активной родовой деятельностью. Настоящая беременность первая, наступила на первом году после начала половой жизни. Беременность протекала без осложнений. На приеме в женской консультации два дня назад (беременность 38⁺³ недель).

Объективно: состояние удовлетворительное. Рост 156 см, вес 46 кг. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. ОЖ 100 см, ВДМ 37 см. Размеры таза – 26-27-32-21 см.

Положение плода продольное. Головка не определяется. Сердцебиение плода ритмичное, ясное с частотой 130 уд/мин. Роженица тужится, потуги по 50 сек через 2 минуты.

При вагинальном исследовании: шейка матки и плодный пузырь не определяются, головка плода в узкой части полости малого таза, стреловидный шов в правом косом размере. Выделения слизисто-сукровичные.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Предполагаемая масса плода.
3. Тактика ведения родов.
4. Физиологическая кровопотеря в родах.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №17

Больная Г., 48 лет, предъявляет жалобы на обильные длительные менструации по 8-9 дней, безболезненные. Считает себя больной в течение последнего года, когда менструации стали обильными и более длительными. Лечилась самостоятельно, принимала отвар крапивы, настойку водяного перца. Последний раз у гинеколога на приеме была пять лет назад.

Из анамнеза: менархе с 14 лет, установились сразу, по 3-4 дня через 30 дней, безболезненные. Замужем с 22 лет, беременностей – 4, из них одни роды и три медицинских аборта, последняя беременность семь лет назад закончилась медицинским абортом, без осложнений. В течение последних лет от беременности не предохраняется.

Гинекологический статус: влагалище свободное. Шейка матки цилиндрической формы, чистая. Матка увеличена до 13 недель беременности, плотная, бугристая, в подвижности ограничена. Придатки с обеих сторон не увеличены, область их безболезненна. Своды свободные. Выделения кровяные, обильные.

ВОПРОСЫ:

1. Предварительный диагноз.
2. Дополнительные методы обследования.
3. Перечислите методы остановки маточного кровотечения. Предпочтительный метод остановки кровотечения в данном случае.
4. Наметьте план дальнейшего ведения пациентки.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №18

Больная А., 32 года обратилась в женскую консультацию с жалобами на посткоитальные кровяные выделения из половых путей в течение последних трех месяцев. Четыре года назад обследовалась в женской консультации по поводу эктопии шейки матки, взят мазок на атипические клетки методом жидкостной цитологии (по результатам выявлен HSIL), выявлено носительство ВПЧ 16 и 18 типов,

однако в связи со сменой места жительства пациентка дальнейшее обследование не продолжила, в женскую консультацию на прием не явилась.

Из анамнеза: менструальная функция с 12 лет, не нарушена. Половая жизнь с 16 лет, вне брака. Имела 5 беременностей, 2 родов, в первых родах разрыв шейки матки, 3 медицинских аборта в сроке 10-12 недель. Контрацепция барьерная.

При влагалищном исследовании: определяется увеличенная, плотная, бугристая шейка матки. Матка и придатки, параметральная клетчатка без патологических изменений. При осмотре в зеркалах – на шейке матки определяется опухоль в виде «цветной капусты», кровоточащая при контакте. При осмотре отмечается появление обильных кровяных выделений из опухоли.

ВОПРОСЫ:

1. Предварительный диагноз.
2. Дополнительные методы обследования.
3. Оказание экстренной помощи при кровотечении с шейки матки.
4. Первичная профилактика рака шейки матки.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №19

Больная А., 58 лет, предъявляет жалобы на кровяные выделения из половых путей.

Постменопауза 5 лет. АД 150/90 мм рт. ст. Масса тела 92 кг, рост 150 см. В анамнезе – менструации с 10 лет, по 7 дней, обильные, безболезненные. Половая жизнь с 20 лет, в браке. Беременностей - 8, родов 2, 6 - медицинских аборт. Гинекологические заболевания – отрицает.

При влагалищном исследовании: наружные половые органы и влагалище с атрофическими изменениями. Слизистая влагалища легко ранима. Шейка матки без патологических изменений. Матка несколько увеличена, мягковатой консистенции, в правильном положении, подвижная, безболезненная. Параметрии свободные. Выделения кровяные умеренные.

ВОПРОСЫ:

1. Предварительный диагноз.
2. Дополнительные методы обследования врача в женской консультации и стационаре.
3. Наметьте план ведения и лечения пациентки.
4. Можно ли после лечения рекомендовать пациентке менопаузальную гормональную терапию?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №20

Больная А., 26 лет, обратилась с жалобами на бели.

Длительный период времени беспокоят периодические бели из половых путей, неоднократно лечилась в женской консультации по поводу воспалительного процесса.

Наследственность неотягощена.

Менструальная функция: менструации с 12 лет, по 5 дней через 28 дней, регулярные, безболезненные. Половая жизнь с 23 лет, в браке. Контрацепция: барьерная. Беременностей – 0. При проведении бактериоскопического исследования отделяемого из половых органов часто определялось повышенное количество лейкоцитов, обильная полиморфная флора. Гинекологические заболевания отрицает.

При осмотре шейки матки при помощи зеркал – поверхность слизистой вокруг наружного зева резко гиперемирована, «зернистая», поверхность покрыта гнойными выделениями, имеется эктопия цилиндрического эпителия на эктоцервикс. При влагалищном исследовании – шейка матки обычной консистенции, наружный зев замкнут. Матка и придатки без особенностей. Выделения – гнойные.

ВОПРОСЫ:

1. Предварительный диагноз.
2. Тактика ведения пациентки врачом женской консультации.
3. Первичная профилактика рака шейки матки

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №21

Больная А., 26 лет, доставлена машиной скорой помощи с жалобами на резкие боли внизу живота, озноб, повышение температуры.

Из гинекологических заболеваний отмечает хронический сальпингоофорит в течение 6 лет с частыми обострениями, по поводу которого неоднократно лечилась в стационаре. Заболела несколько дней назад после переохлаждения.

Менструации с 12 лет по 5 дней через 30 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация в срок.

При поступлении: состояние средней степени тяжести, обусловленное интоксикационным синдромом. Пульс 90 ударов в минуту, температура 38,2°C. Язык влажный, слегка обложен беловатым налетом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации болезненный в нижних отделах, симптомов раздражения брюшины нет.

При гинекологическом исследовании – смещение за шейку матки резко болезненно. Тело матки нормальных размеров, ограничено подвижно, чувствительно при пальпации. Правые придатки не определяются, пальпация болезненная. Слева и несколько кзади от матки пальпируется образование, ограничено подвижное, резко болезненное, плотной консистенции, с участками размягчения, размером 4х9 см. Влагалищные своды укорочены. Выделения гнойные.

ВОПРОСЫ:

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. План лечения пациентки.
4. Возможности для сохранения репродуктивной функции.
5. Профилактика данной патологии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №22

Повторнородящая Г., 26 лет, наблюдается в женской консультации в группе риска по развитию гемолитической болезни плода и новорожденного. Группа крови беременной 0 (I), резус-отрицательная; у отца ребенка – A(II), резус-положительная.

В анамнезе у беременной двое срочных родов, у второго ребенка проводилось исследование группы крови - 0 (I), резус положительная, антирезус-иммуноглобулин матери не вводился.

Настоящая беременность третья, сроком 30 недель. При очередном обследовании в крови беременной обнаружены иммунные антирезус-антитела в титре 1:512. При ультразвуковом исследовании отмечается утолщение плаценты до 56 мм, гепатоспленомегалия у плода; амниотический индекс 25,6. По доплерометрии отмечается централизация кровообращения.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. АД 110/70 мм рт. ст., пульс 78 уд/мин. Дно матки на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком, контуры ровные, четкие,

пальпация безболезненна. Положение плода продольное, предлежит головка, высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, ритмичное с частотой 155 уд/мин.

Лабораторно: в общем анализе крови эритроциты $4,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 130 г/л, лейкоциты $12,2 \times 10^9/л$; в общем анализе мочи лейкоциты 1-3 в поле зрения, эритроциты 1-2 в поле зрения.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Наметьте план обследования для уточнения состояния плода.
3. Возможная форма гемолитической болезни плода.
4. Патогенез развития гемолитической болезни.
5. Лечебные мероприятия на данном этапе, срок и метод родоразрешения.
6. Методы профилактики резус-конфликта у женщин с резус-отрицательной группой крови.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №23

Роженица И., 20 лет, первобеременная, поступила в родильный зал во втором периоде родов.

Из анамнеза выяснено, что женщина страдает наркоманией, год назад перенесла сифилис, пролечена. Состоит на учете в кожно-венерологическом диспансере. При поступлении экспресс-анализ на ВИЧ «положительный».

Акушерский статус: дно матки у мечевидного отростка, положение плода продольное, в области дна матки справа пальпируется крупная, округлой формы мягкая часть плода. Сердцебиение плода глухое, 120 уд/мин.

Влагалищное исследование: головка определяется на тазовом дне, стреловидный шов в прямом размере.

В родильный зал приглашен неонатолог. Через 10 минут после поступления произошли роды плодом мужского пола с двукратным тугим обвитием пуповиной вокруг шеи массой 2200 г длиной 45 см. Сердцебиение при рождении 110 уд/мин, ритмичное; кожные покровы синюшные; крик слабый, дыхание самостоятельное; тонус мышц снижен; при отсасывании слизи из дыхательных путей реагирует гримасой.

Послед отделился самостоятельно через 10 минут, цел.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Какие признаки необходимо дополнительно определить для уточнения срока гестации?
3. Оценка новорожденного по шкале Апгар.
4. Лечебные мероприятия, которые необходимо провести новорожденному.
5. Мероприятия по профилактике ВИЧ-инфекции у новорожденного.
6. Проконсультируйте роженицу по грудному вскармливанию.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №24

Родильница П., 22-х лет, поступила в клинику с жалобами на резкую боль в правой молочной железе и ухудшение общего состояния. 12 дней назад были срочные роды, протекавшие без осложнений. В первый день после начала кормления ребенка грудью появились поверхностные трещины на сосках, лечилась мазевыми аппликациями. Домой выписана на 7 сутки в удовлетворительном состоянии.

На следующий день после выписки повысилась температура до 39°C , появился озноб, боли в правой молочной железе. За помощью не обращалась, применяла грелку и спиртовой компресс на грудь. Однако состояние ухудшалось, продолжались ознобы, повторяющиеся по несколько раз в день, температура тела поднималась по вечерам до 39°C , усилилась боль в молочной железе, ухудшился аппетит и сон.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Температура $39,5^{\circ}\text{C}$, пульс 100-110 уд/мин, АД 110/70 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Живот мягкий, безболезненный. Матка за лоном, лохии серозные, скудные, без запаха.

В правой подмышечной ямке определяются увеличенные лимфатические узлы. Правая молочная железа больше левой, напряжена, кожа гиперемирована, горячая на ощупь, болезненная при пальпации. В верхне-наружном квадранте ее кожа отечная, гиперемирована с цианотичным оттенком. Пальпаторно в этой области определяется плотный, резко болезненный инфильтрат размерами 8×8 см, в центре его – флюктуация.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Факторы, способствующие развитию данного осложнения.
3. Возможные осложнения и их профилактика.
4. План лечения на данном этапе.
5. Профилактика мастита.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №25

Пациентка Е., 17 лет, обратилась в женскую консультацию, поскольку считает себя беременной.

В детстве часто болела простудными заболеваниями. Менструации с 14 лет, цикл установился через год, менструации регулярные по 3-4 дня, через 30-32 дня, болезненные. Последняя менструация 2 месяца назад. Беременность первая, наступила через 2 года от начала половой жизни, контрацепцией не пользовалась. Беременность намерена вынашивать. При опросе выявлено, что пациентка в течение 2-х лет употребляет в/в героин, последнее введение 2 дня назад.

Объективно: правильного телосложения, рост 164 см, масса 52 кг. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Экспресс тест на ВИЧ отрицательный.

Влагалищное исследование: оволосение по женскому типу, скудное. Наружные половые органы гипопластичные. Влагалище узкое. Шейка матки конической формы, длинная, наружный зев замкнут. Тело матки увеличено соответственно 7 неделям беременности. Патологии со стороны придатков матки не выявлено. Выделения физиологические.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Риск каких осложнений беременности имеются в данном случае?
3. Факторы риска перинатальных и акушерских осложнений.
4. План профилактических мероприятий.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №26

Роженица Р., 18 лет, доставлена в акушерскую клинику через 10 часов от начала схваток с доношенной беременностью.

Настоящая беременность первая, женскую консультацию не посещала, в течение месяца отмечает появление отеков.

Объективно: правильного телосложения, рост 160 см, масса тела 65 кг. На ногах и лице умеренные отеки. АД 150/100 мм рт. ст., пульс 80 уд/мин. Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено.

ВДМ 34 см, ОЖ 97 см. Размеры таза – 25-28-31-21 см. Положение плода продольное, предлежание головное, головка малым сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное с частотой 150 уд/мин. После схватки ЧСС плода 120 уд/мин, двигательная активность плода повышена. Схватки по 25 сек через 6 минут, слабые, малоболезненные.

Влагалищное исследование: влагалище свободное, шейка матки сглажена, открытие зева 5 см. Во время исследования излились околоплодные воды, окрашенные меконием. Головка малым сегментом во входе в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок спереди. Экзостозов в малом тазу не обнаружено, диагональная конъюгата более 11 см.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Клинические признаки, характеризующие состояние плода.
3. Дополнительные методы исследования для уточнения состояния плода.
4. Дальнейшая акушерская тактика.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №27

Беременная Л., 22-х лет, поступила в клинику с жалобами на тянущие боли в поясничной области и внизу живота в течение двух суток, появившиеся после эмоциональной перегрузки.

Из анамнеза выяснено, что настоящая беременность вторая. Первая беременность наступила сразу после начала половой жизни и закончилась выкидышем в сроке 8 недель год тому назад. Последняя менструация 2 месяца назад. Менструации с 16 лет, установились через 2 года, цикл 30 дней, длительность менструации 3 дня, выделения скудные. Гинекологические заболевания отрицает, соматически здорова.

Влагалищное исследование: наружные половые органы гипопластичные, влагалище узкое. Шейка матки конической формы, чистая, зев замкнут. Тело матки увеличено соответственно 6-7 недельному сроку беременности. Придатки без пальпаторных изменений. Выделения молочного цвета.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Дайте оценку менструальной функции.
3. Наиболее вероятная причина возникшей патологии.

4. План обследования.
5. Принципы лечения.
6. Профилактика.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №28

Беременная В., 25 лет, доставлена машиной скорой помощи в отделение патологии беременности с жалобами на боль в правой поясничной области, повышение температуры тела, учащенное мочеиспускание.

Из анамнеза установлено, что беременность первая сроком 25 недель. С 20 недель периодически беспокоила боль в поясничной области, чаще справа. В анализах мочи патология не выявлялась. Лечения не получала. В течение последних двух дней боли стали усиливаться, появилось учащенное мочеиспускание. В связи с повышением температуры обратилась за медицинской помощью. Соматические заболевания отрицает.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы розовые, горячие, температура тела 38,2⁰С. Пульс 96 уд/мин, АД 110/70 мм рт. ст. Со стороны легких и сердца патологии не выявлено. Симптом поколачивания положителен справа. При пальпации почки не увеличены, безболезненны. Дно матки на уровне пупка, тонус не повышен, положение плода продольное, головное предлежание. Сердцебиение приглушенное, ритмичное с частотой 130 уд/мин.

ВОПРОСЫ:

1. Предположительный диагноз и его обоснование.
2. План обследования и лечения.
3. Какие факторы могли способствовать развитию воспалительного процесса в почках?
4. Какое осложнение возможно в процессе лечения и как его профилактировать?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №29

Роженица А., 26 лет, поступила в клинику через 8 часов от начала своевременных родов. Настоящая беременность первая. Во время данной беременности врача не посещала, самочувствие не страдало.

Объективно: состояние удовлетворительное. Температура нормальная, АД 120/60 мм рт. ст. Отеков нет. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Положение плода продольное, головка в полости малого таза. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное с частотой 140 уд/мин. В приемном отделении излились околоплодные воды желтого цвета в умеренном количестве.

Влагалищное исследование: наружные половые органы сформированы правильно, влагалище свободное, открытие маточного зева полное. Головка находится в узкой части полости малого таза, стреловидный шов в правом косом размере таза, малый родничок слева спереди. Полость таза без деформаций.

Через 20 минут родилась девочка массой 3200 г, закричала сразу, но ребенок вялый, кожа бледная с желтоватым оттенком, отеков нет. Живот мягкий, пальпируется увеличенная печень и селезенка, асцита перкуторно нет.

Послеродовый период у женщины протекал без осложнений. Масса плаценты 900 г.

Проведенные исследования крови матери показали, что у матери А (II) резус-отрицательная группа крови, имеются резус-антитела в титре 1:32. У ребенка А (II) резус-положительная группа крови. В крови, взятой из пуповины, содержание билирубина 90 ммоль/л, гемоглобин 110 г/л, количество эритроцитов $2,0 \times 10^{12}/л$.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Какая патология новорожденного имеет место?
3. Клинические и лабораторные признаки, подтверждающие данную патологию.
4. Механизм развития гепатоспленомегалии.
5. О чем свидетельствует характер излившихся околоплодных вод?
6. Тактика ведения новорожденного.
7. Профилактика.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №30

Беременная З., 22-х лет, поступила в отделение патологии беременности с угрожающими преждевременными родами в сроке 22 недели. Жалуется на постоянную боль внизу живота, больше справа, тошноту.

Из анамнеза выяснено, что заболела накануне вечером, когда появилась боль в эпигастральной области, тошнота, однократная рвота. Приняла 2 таблетки но-шпы, уснула. Утром боль возобновилась, начала нарастать, больше справа в нижних отделах живота, появилась тошнота, рвота. Больная вызвала бригаду скорой медицинской помощи.

Беременность первая, протекала без осложнений. Соматические заболевания отрицает.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые нормальной окраски, язык сухой, обложен сероватым налетом. Температура тела $37,6^{\circ}C$, пульс 100 уд/мин, АД 110/70 мм рт. ст. Со стороны легких и сердца патологии не выявлено.

При пальпации живота определяется умеренное напряжение мышц живота, болезненность при пальпации в правой подвздошной области. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный, боль усиливается в положении на правом боку. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Матка в нормотонусе, легко возбудима. Дно матки на 2 пальца ниже пупка. Части плода не пальпируются, сердцебиение плода выслушивается.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка матки цилиндрической формы, зев замкнут, своды свободные, над входом в малый таз определяется головка. Выделения физиологические. Отмечается болезненность при пальпации правого бокового свода влагалища.

ВОПРОСЫ:

1. Выделите синдромы.
2. Диагноз и его обоснование.
3. Предположительная стадия процесса, исходя из его давности.
4. Врачебная тактика.
5. Тактика в отношении беременности во время оперативного вмешательства.
6. Особенности ведения в

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №31

Роженица С., 24 лет, первобеременная, поступила в акушерский стационар в первом периоде родов в сроке 40 недель.

Из анамнеза: менструальная функция не нарушена. Хронические заболевания внутренних органов отрицает.

Роды осложнились преждевременным излитием околоплодных вод, вторичной слабостью родовой деятельности, с целью коррекции вводился окситоцин. Продолжительность I периода составила 19 часов.

Родился плод мужского пола с двукратным тугим обвитием пуповиной вокруг шеи, массой 3100 г, длиной 50 см. Сердцебиение при рождении 120 уд/мин, ритмичное; кожные покровы синюшные; не кричит, отмечаются редкие дыхательные движения; тонус мышц низкий; на раздражители реагирует гримасой.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз.
2. Оцените состояние новорожденного по шкале Апгар
3. Что явилось причиной асфиксии новорожденного?
4. Методы диагностики состояния плода во время родов.
5. Неотложная помощь новорожденному.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №32

Беременная Н., 25 лет, поступила в отделение патологии беременности в связи с наличием в крови иммунных резус-антител в сроке беременности 30 недель.

Из анамнеза выяснено, что настоящая беременность третья. Первая закончилась медицинским абортом в сроке 9 недель, вторая – самопроизвольным выкидышем в сроке 12 недель.

Группа крови беременной 0 (I) резус-отрицательная, группа крови мужа – A(II) резус-положительная. В течение настоящей беременности титр иммунных резус-антител колеблется в пределах 1:4 – 1:64.

Объективно: состояние удовлетворительное. Соматической патологии не выявлено. Матка при пальпации в нормотонусе, безболезненная. Положение плода продольное, головка подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное с частотой 136 уд/мин.

ВОПРОСЫ:

1. Предварительный диагноз.
2. Какие обследования необходимы для уточнения состояния плода?
3. Принципы лечения гемолитической болезни плода.
4. Патогенез иммунологического конфликта.
5. Неспецифическая и специфическая профилактика развития данного осложнения у женщин с резус-отрицательной принадлежностью крови.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №33

Роженица Н., 22-х лет, находится в последовом периоде в течение 30 минут.

Продолжительность периода раскрытия составила 10 часов, период изгнания длился 40 минут. Родился мальчик массой 4500 г с оценкой по Апгар 7 баллов 25 минут назад.

Настоящая беременность седьмая, роды первые, в анамнезе 6 медицинских аборт. Настоящая беременность протекала без осложнений. Соматический анамнез не отягощен.

Объективно: состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляет. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. АД 110/70 мм рт. ст., пульс 80 уд/мин. Признаков отделения плаценты нет. Проведена попытка ручного отделения плаценты, неудачная (плаценту не удалось отделить от стенки матки), на фоне манипуляции из половых путей появились кровянистые выделения в объеме 500 мл и продолжаются.

ВОПРОСЫ:

1. Предварительный диагноз
2. План дальнейшего ведения пациентки.
3. Причина возникшей патологии.
4. В чем заключается активное ведение 3 периода родов?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №34

Роженица Т., 38 лет, находится в последовом периоде.

Из анамнеза известно, что настоящая беременность у женщины восьмая, роды вторые, шесть беременностей закончились медицинскими абортами и выкидышами с выскабливаниями полости матки и неоднократными осложнениями эндометритом. Настоящие роды в срок, первый и второй периоды протекали без осложнений. Родился мальчик массой 3000 г, без асфиксии.

Через 10 минут после рождения ребенка при отсутствии признаков отделения плаценты началось кровотечение, составившее 300 мл. Врачом принято решение произвести ручное отделение плаценты и выделение последа. Под общим обезболиванием начато ручное отделение плаценты. В процессе операции установлено, что плацента располагается в нижнем сегменте матки, отделение было очень трудным, плацента не отделена. Врач почувствовал, что располагавшаяся на матке рука стала ощущать пальцы руки, находящейся в полости матки. Операция прекращена, кровопотеря составляет 1200 мл и продолжается.

Объективно: состояние тяжелое, жалуется на слабость. Кожные покровы бледные, прохладные на ощупь. АД 90/60 мм рт. ст., пульс 110 уд/мин, слабого наполнения. Тоны сердца приглушены, ритмичные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 22 в минуту. Живот мягкий, перкуторно свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Дно матки на уровне пупка, тонус несколько снижен, болезненность при пальпации в нижних отделах матки. Масса женщины 72 кг.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Тактика дальнейшего ведения

3. Оценка объема кровопотери и ОЦК.
4. Предположительная причина осложнений родов; перечислите возможные причины кровотечения у данной пациентки.
5. Принципы инфузионно-трансфузионной терапии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №35

Беременная Н., 30 лет, повторнобеременная, первородящая. В анамнезе самопроизвольный выкидыш в 12 недель, осложнившийся эндометритом.

Во время настоящей беременности при первом УЗИ в 12 недель диагностировано предлежание плаценты. По данным ультразвукового исследования в 27 недель плацента располагается в области внутреннего зева и полностью его перекрывает.

Объективно: состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляет. АД 120/80 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Матка имеет форму продольного овоида, в нормальном тонусе, с ровными контурами, безболезненная. Положение плода продольное, предлежание головное, головка высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное с частотой 140 уд/мин. Выделения из половых путей слизистые.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Какие осложнения возможны у беременной?
3. Маршрутизация пациентки. Срок и метод родоразрешения.
4. Тактика планового оперативного родоразрешения при предлежании плаценты
5. Причины формирования предлежания плаценты в данном случае.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №36

Родильница Г., 22-х лет, находится в раннем послеродовом периоде.

Первый период данных родов протекал без осложнений, второй период был затяжным, родился мальчик массой 4500 г. Плацента отделилась через 5 минут, послед родился самостоятельно, цел. Кровотечение из половых путей продолжается, кровопотеря составляет 550 мл.

Объективно: состояние родильницы удовлетворительное, гемодинамика стабильная. Матка расслабляется, дно ее находится на уровне пупка.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Алгоритм действий в данной ситуации
3. Какие манипуляции необходимо провести на первом этапе?
4. Консервативные методы, направленные на остановку послеродового кровотечения?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №37

Родильница В., 27 лет, находится в раннем послеродовом периоде.

Из анамнеза выяснено, что данная беременность у пациентки шестая, роды вторые. Настоящим родам предшествовало 4 медицинских аборта, протекавших без осложнений.

Настоящие роды в первом и втором периодах протекали без осложнений. Родился живой доношенный мальчик массой 3400 г. Через 10 минут самостоятельно отделился и выделился послед, при осмотре плаценты обнаружен дефект ткани размером 4×4 см. Сразу после рождения последа из половых путей началось кровотечение, кровопотеря составляет 500 мл.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые розовые, теплые. АД 120/80 мм рт. ст., пульс 80 уд/мин. Патологии внутренних органов не выявлено. Матка отклонена вправо, дно находится на 8 см ниже пупка, тонус матки удовлетворительный, из половых путей умеренные кровянистые выделения. Масса женщины 70 кг.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Алгоритм действий в данной ситуации
3. Какие манипуляции необходимо провести на первом этапе?
4. Консервативные методы, направленные на остановку послеродового кровотечения?
5. Каков механизм возникновения данной патологии?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №38

Роженица М., 35 лет, поступила в родильное отделение с активной родовой деятельностью, начавшейся 3 часа тому назад.

Из анамнеза установлено, что настоящая беременность седьмая. Первые 4 беременности закончились срочными неосложненными родами, две последующие медицинскими абортами.

Беременность протекала с неоднократными признаками угрозы ее прерывания, лечилась амбулаторно и в стационаре. Роды начались в срок, родовая деятельность с самого начала приобрела активный характер. Во время транспортировки в родильный дом внезапно почувствовала резкую боль в области дна матки, начала нарастать общая слабость.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести, в сознании. Жалуется на постоянную боль в верхней части живота. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. АД 100/60 мм рт. ст., пульс 90 уд/мин. Живот увеличен за счет беременной матки, дно матки у мечевидного отростка, в дне матки определяется болезненное выпячивание. Тонус матки остается высоким и вне схватки.

Схватки через 2 минуты по 50 секунд, на высоте схватки появляется желание тужиться. Положение плода продольное, головка наружными приемами не определяется. Сердцебиение плода глухое, ритмичное с частотой 100 уд/мин.

Влагалищное исследование: влагалище занято головкой плода, находящейся в узкой части полости малого таза. Стреловидный шов в прямом размере.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Факторы, обуславливающие снижение ОЦК при возникшей патологии.
3. Механизм возникших осложнений у матери и плода.
4. Последовательность неотложных мероприятий.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №39

Беременная В., 21 год, поступила в родильное отделение с регулярной родовой деятельностью, начавшейся 5 часов назад. Воды не изливались. Срок беременности на момент поступления 38 недель.

Из анамнеза установлено, что данная беременность первая, протекала без осложнений. С ранних сроков диагностирована двойня. Положение обоих плодов продольное, головное предлежание.

Продолжительность родов составила 10 часов, родились два мальчика, первой массой 3000 г, второй – 2600 г. Послед один, отделился и выделился самостоятельно, цел. Кровопотеря 150 мл. Матка сократилась. Родовые пути осмотрены, травм нет. Через 5 минут после родов из влагалища появились обильные кровянистые выделения, кровь жидкая и со сгустками, одномоментный объем кровопотери 500 мл.

Объективно: состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляет. Вес 65 кг, рост 160 см. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, теплые. АД 110/70 мм рт. ст., пульс 84 уд/мин. Дно матки пальпируется на 5 см выше пупка. Тонус матки снижен, но на пальпацию отвечает сокращением.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Алгоритм действий в данной ситуации
3. Какие манипуляции необходимо провести на первом этапе?
4. Консервативные методы, направленные на остановку послеродового кровотечения?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №40

Беременная М., 30 лет, доставлена в родильный дом в связи с появлением острой постоянной боли в животе при доношенном сроке беременности.

Из анамнеза установлено, что настоящая беременность третья. Первая беременность закончилась срочными родами, вторая медицинским абортom без осложнений. Три недели назад заметила появление отеков на ногах, повышение АД до 160/100 мм рт. ст. иногда появлялась головная боль. В женскую консультацию не обращалась.

Объективно: состояние тяжелое, в сознании. Жалуется на постоянную боль в животе, чувство распираания в эпигастрии. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. АД 130/90 мм рт. ст., пульс 90 уд/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные; в легких везикулярное дыхание, ЧД 20 в минуту.

Дно матки у мечевидного отростка, тонус матки повышен постоянно, матка деревянистой плотности, форма ее асимметричная, по боковой стенке слева определяется болезненное выпячивание (по данным УЗИ в 36 недель локализация плаценты по левой боковой поверхности матки). Части плода пальпировать не удастся, сердцебиение не выслушивается. Из влагалища незначительные кровяные выделения.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Механизм развития клиники «острого живота».
3. Причина возникшего осложнения.
4. Принципы оказания неотложной помощи

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №41

Роженица Б., 35 лет, поступила в родильное отделение с регулярной родовой деятельностью, начавшейся час назад.

Из анамнеза установлено, что настоящая беременность седьмая. Четверо предыдущих родов протекали без осложнений, последние роды 5 лет назад, затем 2 медицинских аборта. Последний осложнился эндометритом, длительное время лечилась амбулаторно.

Продолжительность настоящих родов составила 8 часов. Родился мальчик массой 4200 г, без асфиксии. Через 10 минут после рождения ребенка при отсутствии признаков отделения плаценты началось обильное кровотечение. Под внутривенным наркозом произведено ручное отделение плаценты и выделение последа. Отмечено плотное прикрепление плаценты в отдельных ее участках, снижение сократительной способности матки. Кровопотеря составила 1500 мл.

Объективно: состояние родильницы тяжелое, в сознании, но заторможена. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, холодные, АД 90/60 мм рт. ст., пульс 110 уд/мин, ритмичный, слабого наполнения. Со стороны легких и сердца патологии не выявлено. Дно матки пальпируется на уровне пупка, матка мягкая. Кровотечение из влагалища продолжается.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Причина патологии, развившейся в последовом и раннем послеродовом периоде.
3. Патогенез имеющихся нарушений гемодинамики.
4. Неотложная помощь и ее последовательность.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №42

Беременная А., 30 лет, доставлена в приемное отделение родильного дома с обильным маточным кровотечением при доношенном сроке беременности (39⁺⁵ недель).

Из анамнеза установлено, что скудные кровяные выделения из половых путей появились три часа назад с началом родовой деятельности. Настоящая беременность четвертая, роды третьи. Двое предыдущих родов протекали без осложнений, одна беременность прервана медицинским абортом за два месяца до наступления настоящей беременности. Аборт осложнился кровотечением, проводилась гистероскопия и мануальная вакуумная аспирация содержимого полости матки.

По поводу беременности регулярно наблюдалась в женской консультации, течение беременности без осложнений. При ультразвуковом исследовании в 32 недели плацента локализована в нижнем маточном сегменте.

Объективно: состояние роженицы средней степени тяжести, в сознании. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. АД 110/70 мм рт. ст., пульс 110 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Матка имеет форму продольного овоида, с ровными контурами, безболезненная при пальпации, вне схватки тонус матки не повышен. Схватки через 3-4 минуты по 40 сек средней интенсивности, регулярные. Головка плода над входом в малый таз, сердцебиение плода

приглушенные, ритмичные с частотой 140 уд/мин. Из половых путей яркие умеренные кровяные выделения. Роженица транспортирована в операционную.

Влагалищное исследование: влагалище свободное, шейка матки сглажена, раскрытие наружного зева 5 см, в зеве определяется плодный пузырь и мягкая губчатая ткань. Головка отталкивается. При осмотре кровотечение усилилось. Общая кровопотеря составляет 700 мл.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Чему равен шоковый индекс и о чем он свидетельствует?
3. Неотложная помощь и ее последовательность.
4. Какие методы профилактики кровотечения можно дополнительно использовать, если интраоперационно наблюдается кровоточивость плацентарной площадки?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №43

Роженица З., 30 лет, поступила в родовое отделение с начавшимися потугами при доношенном сроке беременности (39^{+2} недель).

Из анамнеза известно, что родовая деятельность началась дома 6 часов назад, воды излились час назад, светлые.

Настоящая беременность вторая, первая закончилась выкидышем в раннем сроке, послеабортный период протекал без осложнений. При выяснении причины выкидыша было высказано предположение об аномалии развития матки. Было выявлено удвоение правой почки, однако заболеваний почек в прошлом не было. Беременность протекала без осложнений. Последние два месяца женскую консультацию не посещала, отдыхала в деревне.

Объективно: состояние удовлетворительное. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Матка имеет неправильную форму, приближается к поперечному овоиду. Дно матки в форме седла. В левой подвздошной области пальпируется крупная мягкая часть плода, справа – крупная, округлая, плотная часть. Сердцебиение плода выслушивается в области пупка, слегка приглушено, ритмичное с частотой 120 уд/мин.

Влагалищное исследование: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет. Во влагалище определяется ручка плода. Подтекают светлые околоплодные воды.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Возможная причина патологии.
3. Какие методы профилактики осложнения необходимо было провести во время беременности и в каком сроке их необходимо было начать?
4. Метод родоразрешения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №44

Беременная Д., поступила в родовое отделение 17 октября с родовой деятельностью, начавшейся 4 часа назад.

Из анамнеза известно, что настоящая беременность первая, наступила на первом году половой жизни. Женскую консультацию посещала регулярно, осложнений в течение беременности не было. Менструальная функция не нарушена, последняя менструация 10 января. Соматическую патологию отрицает.

Объективно: правильного телосложения, нормостеник. Рост 163 см, масса тела 72 кг. ВДМ 35 см, ОЖ 96 см. Матка в форме продольного овоида, с ровными, четкими контурами. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода, ясное, ритмичное с частотой 140 уд/мин. Родовая деятельность регулярная, схватки через 5 минут по 35 секунд, средней интенсивности, умеренно болезненные. Околоплодные воды не изливались.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка матки сглажена, открытие маточного зева 5 см. Плодный пузырь цел, хорошо наливается во время схватки. Головка прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок определяется слева у лона. Мыс не достигается. Выделения из половых путей физиологические.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Факторы, участвующие в механизмах начала родовой деятельности.
3. Начертите партограмму, определите предполагаемую продолжительность родов по партограмме.
4. Составьте план ведения родов.

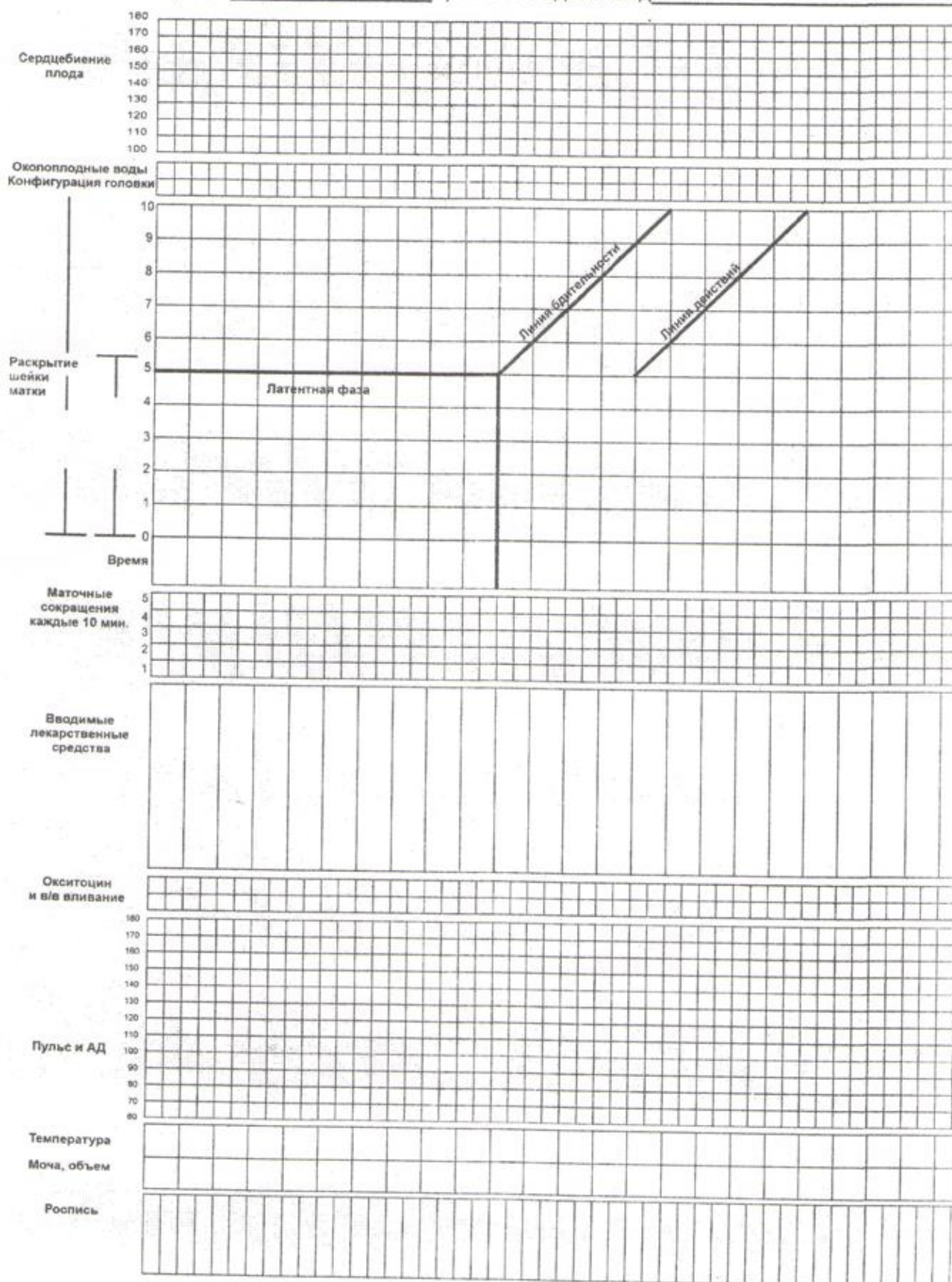
К задаче № 44

Партограмма

ФИО _____

Беременность _____ Роды _____ Дата родов _____

Время начала родов _____ Время отхождения вод _____



СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №45

Роженица У., 32-х лет, доставлена в родильный дом с бурной родовой деятельностью, начавшейся 3 часа назад. Воды излились одновременно с началом схваток. Роды в срок.

Из анамнеза установлено, что данная беременность восьмая. В анамнезе 5 медицинских аборт, трое родов. Все роды крупными детьми. Последние роды были затяжными, послеродовый период осложнился эндометритом, выписка из родильного дома задерживалась по состоянию матери.

Объективно: роженица беспокойна, мечется, жалуется на резкие боли внизу живота во время и вне схватки. АД 130/80 мм рт. ст., пульс 100 уд/мин, ритмичный. Самостоятельно не мочилась в течении часа. Моча выведена катетером, с примесью крови.

Размеры таза 25-28-32-20 см. Дно матки у мечевидного отростка, матка имеет форму песочных часов, в состоянии гипертонуса, не расслабляется, болезненная при пальпации. Потуги частые, интенсивные. Положение плода продольное, предлежит головка, находится над входом в малый таз. Симптом Вастена положительный. Сердцебиение плода глухое, ритмичное с частотой 100 уд/мин.

Влагалищное исследование: влагалище свободное, шейка матки сглажена, открытие зева 8. Край шейки отечные. Плодного пузыря нет. Головка над входом в малый таз. На головке выраженная родовая опухоль. Емкость таза достаточная, диагональная конъюгата более 11 см, подтекают зеленые околоплодные воды.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Возможные причины возникшего осложнения в данном случае.
3. Тактика.
4. Прогнозируемые послеоперационные осложнения и методы профилактики.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №46

Роженица Л., 26 лет, поступила в родовое отделение с регулярной родовой деятельностью, начавшейся 12 часов тому назад при доношенном сроке беременности.

Из анамнеза установлено, что менструальная функция не нарушена, замужем 1 год, данная беременность первая, протекала без осложнений. Соматические и гинекологические заболевания отрицает.

Родовая деятельность началась с 18-ти часов, ночь не спала из-за болезненных схваток. Отмечает, что схватки по частоте и интенсивности не нарастают.

Объективно: роженица утомлена, дремлет между схватками. Общее состояние удовлетворительное. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. АД 120/80 мм рт. ст., пульс 78 уд/мин. Размеры таза 26-28-31-20 см. Живот увеличен за счет беременной матки, при пальпации мягкий, безболезненный. Схватки через 5-6 минут, короткие, слабые. Матка овоидной формы, с четкими ровными контурами, вне схватки в нормальном тонусе, безболезненная при пальпации. Положение плода продольное, предлежит головка, малым сегментом во входе в таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное с частотой 128 уд/мин.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно, влагалище нерожавшей, шейка матки сглажена, открытие наружного зева 3 см, края его не спазмируют. Плодный пузырь цел, передних вод достаточное количество. Головка малым сегментом во входе в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере, малый родничок слева. Мыс не достигается. Выделения слизистые.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Начертите и оцените партограмму.
3. Врачебная тактика на данном этапе родов.
4. План дальнейшего ведения родов.

К задаче № 46

Партограмма

ФИО _____

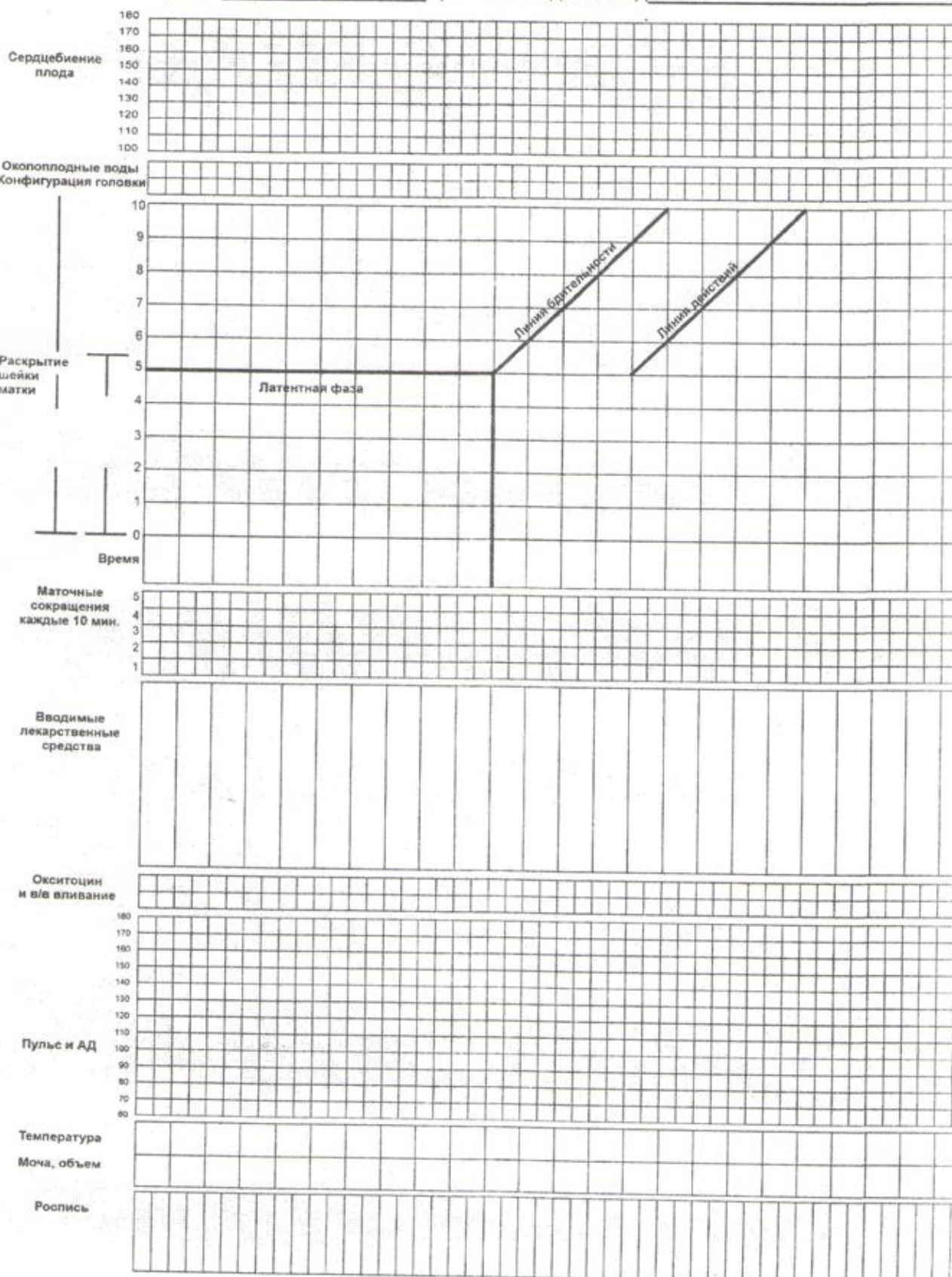
Беременность _____

Роды _____

Дата родов _____

Время начала родов _____

Время отхождения вод _____



СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №47

Больная К., 15 лет, доставлена в стационар бригадой скорой помощи с жалобами на боли в правой подвздошной области с иррадиацией в прямую кишку.

Боли возникли резко, сегодня утром в правой подвздошной области, затем над лоном. Тошноты, рвоты не было. Последняя, нормальная менструация две недели назад.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые нормальной окраски. АД 110/70 мм рт. ст. Т 36,7°C. Пульс - 80 в мин. Живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в правой подвздошной области. Перитонеальных симптомов нет.

При двуручном ректо-абдоминальном исследовании матка не увеличена, плотная, безболезненная. Придатки слева не увеличены, безболезненные. Справа придатки увеличены, без четких контуров, область их пальпации болезненная. Выделения светлые.

ВОПРОСЫ:

1. Предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз.
3. Обследование пациентки.
4. Показание к хирургическому лечению в данном случае.
5. Объемы оперативного лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №48

Родильница С., 20 лет, находится в послеродовом отделении. На третьи сутки после родов начали беспокоить боли во влагалище, температура тела повысилась до 37,7°C.

Настоящие роды первые, закончились рождением ребенка массой 3200 г. Роды осложнились разрывом промежности II степени. Из анамнеза: раннее начало половой жизни, до беременности наступления беременности проводилось лечение по поводу специфического воспалительного процесса. Во время беременности проводилось лечение кольпита.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, влажные. Температура тела 37,7°C, пульс 90 уд/мин, АД 110/70 мм рт. ст. Со стороны сердца и легких патологии не выявлено.

Молочные железы умеренно нагрудные, без видимых изменений, отток молока достаточный. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Дно матки на 5 см выше лона, плотное, безболезненное.

Влагалищное исследование: частичное расхождение швов в нижней трети влагалища, выраженная отечность и гиперемия тканей в месте расхождения, гнойный налет на тканях. Шейка матки сформирована, цервикальный канал пропускает палец. Тело матки увеличено до 12 недель беременности, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон пальпаторно не изменены. Выделения сукровичные, умеренные, без запаха.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Причина возникшего осложнения.
3. План обследования
4. Лечебные мероприятия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №49

Роженица А., 24 года, поступила в родовое отделение с активной родовой деятельностью. Околоплодные воды не изливались.

Родовая деятельность началась 5 часов назад. Из анамнеза: беременность первая, наступила через 3 года от начала регулярной половой жизни. Во время беременности неоднократно лечилась в отделении патологии беременности в связи с угрожающим абортом.

Менструальная функция не нарушена. Хронические соматические заболевания отрицает.

Акушерский статус: ВДМ 36 см, ОЖ 100 см. Размеры таза – 24-26-30-18 см. Живот увеличен за счет беременной матки, при пальпации мягкий, безболезненный. Матка соответствует доношенному сроку беременности, овоидной формы, с четкими ровными контурами, вне схватки в нормальном тоне, безболезненная. Положение плода продольное, предлежит головка, над входом в малый таз. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное с частотой 148 уд/мин.

Родовая деятельность регулярная, схватки по 40-45 сек через 3-4 минуты, средней интенсивности, умеренно болезненные. Во время проводимого исследования излились светлые околоплодные воды в количестве 200 мл. Отмечено ухудшение сердечной деятельности плода, сердцебиение стало аритмичным, с частотой от 100 до 160 уд/мин.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 6 см. Плодного пузыря нет. Предлежит головка плода, впереди нее петля пульсирующей пуповины. Диагональная конъюгата более 11 см.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Причина возникшего осложнения.
3. Определите метод родоразрешения.
4. Какие данные КТГ свидетельствуют об ухудшении состояния плода?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №50

Роженица У., 28 лет, находится в родильном зале в III периоде родов, который продолжается 15 минут. Признаков отделения плаценты нет, началось кровотечение.

Настоящие роды срочные, в первом и втором периодах протекали без осложнений, продолжительность составила 7 часов. Родился ребенок массой 3220 г, без асфиксии.

Из анамнеза выяснено, что беременность четвертая, первая закончилась медицинским абортом, две последующие самопроизвольными абортами в ранних сроках. Гинекологические и соматические заболевания отрицает.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. Кожные покровы нормальной окраски. АД 120/80 мм рт. ст., пульс 80 уд/мин. Дно матки находится на уровне пупка, тонус матки нормальный, болезненности при пальпации нет. Из половых путей кровянистые выделения в объеме 300 мл, кровотечение продолжается. Признаков отделения плаценты нет.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Предположительная причина кровотечения.
3. Врачебная тактика.
4. Варианты хирургической тактики

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №51

Беременная О., 37 лет, направлена в отделение патологии беременности для решения вопроса о методе родоразрешения и подготовки к нему.

Из анамнеза известно, что пациентка страдает сахарным диабетом 1 типа с 18 лет – управляет заболеванием хорошо, диабет компенсирован, HbA1c 6%. Во время беременности отмечает улучшение течения диабета и уменьшение дозы инсулина для его компенсации. Настоящая беременность первая, протекала без осложнений. От беременности предохранялась барьерным методом. Предположительный срок родов через 2 недели. Соматический анамнез не отягощен.

Объективно: правильного телосложения, рост 166 см, масса тела 85 кг. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено, АД 130/80 мм рт. ст., пульс 78 уд/мин. Матка имеет форму продольного овоида, в нормотонусе.

ВДМ 50 см, ОЖ 100 см. Размеры таза – 26-28-32-21 см. В дне матки справа пальпируется мягковатая неподвижная часть плода, над лоном крупная, плотная, подвижная часть. Сердцебиение плода ясное, ритмичное с частотой 136 уд/мин.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Почему доза инсулина для компенсации диабета у пациентки уменьшилась?
3. Опишите патогенез формирования плода гиганта.
4. Какой метод родоразрешения следует планировать у данной пациентки?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №52

Беременная Т., 32-х лет, поступила в акушерское отделение через 4 часа от начала родовой деятельности. Беременность третья, первая закончилась своевременными родами, вторая искусственным абортom. В послеабортном периоде отмечалась субинволюция матки. При сборе гинекологического анамнеза, выяснилось, что до наступления беременности у пациентки был обнаружен миоматозный узел по результатам УЗИ. Точную локализацию и размеры миоматозного узла пациентка не помнит, данных УЗИ на руках не имеет. Соматические заболевания отрицает, менструальная функция не нарушена.

Объективно: со стороны внутренних органов патологии не выявлено. АД, пульс, температура в пределах нормы. Родовая деятельность регулярная, схватки по 30 сек через 4-5 минут. Отмечает сохраняющуюся боль после схватки в надлобковой области, частые позывы на мочеиспускание.

Матка в форме продольного овоида, тонус матки вне схватки не повышен. Положение плода продольное, предлежит головка, расположена высоко над входом в малый таз. Над лоном пальпируется плотное образование в диаметре 6-7 см, болезненное при пальпации, нижний полюс его находится в полости малого таза.

Влагалищное исследование: влагалище рожавшей, свободное. Шейка матки сглажена, открытие маточного зева 3 см. Плодный пузырь цел. В полости малого таза определяется бугристая опухоль, округлой формы, исходящая из передней стенки нижнего сегмента матки. Нижний полюс опухоли доходит до границ широкой части полости малого таза. При пальпации отмечается болезненность. Пальпация предлежащей части плода затруднена. Выделения физиологические.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Возможные осложнения родов.
3. Определите метод родоразрешения.
4. Предположительный объем оперативного вмешательства.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №53

Роженица А., 32 лет, доставлена в родильное отделение машиной скорой помощи в тяжелом состоянии с доношенной беременностью. Жалуется на слабость, головокружение, постоянную боль по всему животу.

Настоящая беременность седьмая, в прошлом двое срочных родов и четыре медицинских аборта, которые осложнялись воспалительными процессами матки. Во время настоящей беременности женскую консультацию не посещала.

Шесть часов назад началась родовая деятельность, час назад дома излились околоплодные воды, начались потуги. Внезапно на высоте очередной потуги ощутила резкую боль в животе, которая стала постоянной. Родовая деятельность прекратилась. Стала нарастать слабость, что заставило вызвать скорую помощь.

Объективно: общее состояние тяжелое, на вопросы отвечает с трудом, стонет. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. АД 90/60 мм рт. ст., пульс 120 уд/мин, слабого наполнения. Тоны сердца приглушены. Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации, симптом Щеткина-Блюмберга положительный. При изменении положения тела боль в животе усиливается. Перкуторно в отлогих местах живота притупление звука. Части плода пальпируются под брюшной стенкой, сердцебиение плода не выслушивается. Из половых путей незначительные кровяные выделения.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Причина и механизм развития описанного осложнения.
3. Чему равен шоковый индекс и какова предположительная кровопотеря.
4. План оказания неотложной помощи.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №54

Роженица М., 30 лет, поступила в родильное отделение с активной родовой деятельностью. Настоящая беременность первая, наступила на первом году половой жизни, протекала без осложнений.

Объективно: правильного телосложения, рост 156 см, масса тела 69 кг. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Положение плода продольное, головка в полости малого таза. Сердцебиение плода ясное, ритмичное с частотой 120 уд/мин. Потуги через 2-3 минуты по 50 сек, хорошей интенсивности.

Влагалищное исследование: открытие маточного зева полное, головка в узкой части полости малого таза. Стреловидный шов в прямом размере, малый родничок у крестца. При прорезывании головки обращает на себя внимание сильное выпячивание промежности, синюшность тканей, блеск кожи.

Родился живой, доношенный мальчик массой 3400 г в заднем виде затылочного предлежания, без асфиксии. Послед отделился и выделился самостоятельно, цел. Осмотр родовых путей показал, что шейка матки цела. В области промежности имеется глубокий разрыв тканей: задней стенки влагалища в

нижней трети, кожи промежности до заднего прохода, мышц тазового дна; сфинктер цел. Кровопотеря 200 мл.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Причина травмы.
3. Последовательность восстановления целостности промежности.
4. Ведение в послеоперационном периоде.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №55

Беременная А., 29 лет, поступила в отделение патологии беременности для подготовки к родоразрешению. Дата поступления 1 февраля.

Из анамнеза известно, что менструальная функция не нарушена, настоящая беременность четвертая, три предыдущих закончились срочными родами без осложнений. Роды следовали одни за другими с промежутком в два года. По факту настоящей беременности впервые обратилась в женскую консультацию 25 июня, установлен срок беременности 8⁶ недель. Соматические и гинекологические заболевания отрицает.

Объективно: состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляет. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Матка имеет форму поперечного овоида. ВДМ 31 см, ОЖ 104 см. Справа на уровне гребня подвздошной кости пальпируется крупная, округлая, ballotирующая часть плода. Слева определяется крупная, мягковатая, неподвижная часть плода. Сердцебиение плода выслушивается на уровне пупка, ясное, ритмичное с частотой 138 уд/мин. Тонус матки нормальный. Выделения из половых путей физиологические.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Предположительная причина патологии.
3. План родоразрешения.
4. Дайте рекомендации по послеродовой контрацепции.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №56

Роженица Р., 22 года, поступила в клинику с регулярной родовой деятельностью, начавшейся 8 часов назад. Роды в срок.

Из анамнеза известно, что в детстве перенесла все детские инфекции, росла в тяжелых материальных условиях. Менструации с 15 лет, установились через год, по 3 дня через 30 дней. Беременность первая, наступила через 2 года после начала половой жизни. Женскую консультацию посещала регулярно, патологии не выявлено.

Объективно: правильного телосложения, рост 148 см, масса тела 52 кг. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Размеры таза - 22-25-27-17 см. ОЖ 98 см, ВДМ 35 см. Положение

плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Признак Вастена положительный. Сердцебиение плода ритмичное, ясное с частотой 140 уд/мин.

Влагалищное исследование: наружные половые органы гипопластичные, влагалище нерожавшей. Шейка матки сглажена, открытие полное. Плодный пузырь цел, вскрылся при исследовании, воды светлые. Головка прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди. Мыс крестца достижим, диагональная конъюгата 10 см.

При наблюдении в течение часа отмечено, что родовая деятельность остается активной, потуги. Головка остается прижатой ко входу в малый таз, на головке увеличивается родовая опухоль. Сердечные тоны плода стали приглушенными, более частыми.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Что означает признак Вастена положительный?
3. План родоразрешения.
4. Какие осложнения могут возникнуть при консервативном ведении родов?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №57

Беременная К., 30 лет, поступила в санпропускник родильного дома с жалобами на боли внизу живота, появившиеся 3-4 часа назад. Боли постепенно усиливаются, была однократно рвота.

Из анамнеза известно, что менструальная функция не нарушалась; настоящая беременность вторая; первая 2 года назад закончилась срочными родами без осложнений. По поводу настоящей беременности обратилась в женскую консультацию в сроке 8 недель. При влагалищном исследовании врач подтвердил наличие беременности и обнаружил увеличение в размерах левого яичника, которое было расценено как желтое тело беременности. При последующих двукратных исследованиях отмечено увеличение размеров яичника. УЗИ подтвердило наличие жидкостного образования размером 6×6 см. Предложена операция, от которой пациентка решила отказаться, опасаясь за беременность. Другие гинекологические заболевания и патологию внутренних органов в анамнезе отрицает.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски, температура тела 36,9⁰ С. Пульс 90 уд/мин, АД 110/70 мм рт. ст. Со стороны сердца и легких патологии не выявлено. Симптом поколачивания отрицателен. Живот участвует в акте дыхания.

Дно матки пальпируется на середине между пупком и лоном, безболезненная, тонус не повышен. Слева от матки определяется верхний полюс болезненного опухолевидного образования, эластической консистенции, равного по величине размерам матки. Четкая пальпация затруднена из-за защитного напряжения мышц.

Влагалищное исследование: наружные гениталии сформированы правильно. Влагалище свободное, слизистая цианотичная, шейка матки чистая. Тело матки увеличено соответственно 16-недельному сроку беременности. Правый свод свободный, придатки не пальпируются. Тело матки несколько смещено вправо. Слева от матки пальпируется нижний полюс опухолевидного образования, болезненный при пальпации. Примерная величина образования 10×10 см.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Объясните патогенез болевого синдрома.
3. Что в себя включает предоперационная подготовка?
4. Врачебная тактика, предполагаемый объем вмешательства.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №58

Беременная К., 24 года, обратилась в женскую консультацию с жалобами на тянущие боли внизу живота и в пояснице в течение нескольких дней, повышение тонуса матки.

Из анамнеза известно, что в детстве росла болезненным ребенком, часто болела ангиной. Менархе в 15 лет, менструальный цикл установился через 2 года, менструации в течении 3-х дней, скудные, болезненные, продолжительность цикла 36 дней. Настоящая беременность первая, наступила через 3 года от начала половой жизни. Две недели назад впервые ощутила движения ребенка.

Объективно: рост 152 см, масса тела 49 кг. Молочные железы маленькие. Размеры таза – 23-26-28-18 см. Матка с ровными, четкими контурами, дно ее находится на уровне пупка, матка реагирует на пальпацию повышением тонуса. Части плода пальпировать не удастся; сердцебиение плода глухое с частотой 140 уд/мин.

Наружные половые органы гипопластичные, большие половые губы не прикрывают малые. Осмотр шейки матки в зеркалах: Влагалище узкое, шейка матки конической формы, наружный зев замкнут. Выделения из влагалища физиологические.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Причина возникшего осложнения беременности.
3. План обследования.
4. Принципы лечения беременной.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №59

Родильница Н., 26 лет, родоразрешилась своевременно через естественные родовые пути. Вес ребенка 4500 г. Роды осложнились разрывом промежности II степени, гипотоническим кровотечением в раннем послеродовом периоде. Для остановки кровотечения проводилось ручное обследование полости матки и бимануальная компрессия матки. Кровопотеря составила 900 мл.

На 5-е сутки после родов предъявляет жалобы на боли внизу живота, слабость, повышение температуры тела до 38,1⁰С.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Молочные железы мягкие, соски чистые. Со стороны легких и сердца патологии не выявлено. Пульс 100 уд/мин, АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, матка при пальпации мягкая, болезненная, до уровня пупка. Лохии кровяные, мутные с гнилостным запахом. Физиологические отправления в норме.

Влагалищное исследование: швы на промежности чистые. Шейка матки формируется, свободно пропускает 2 пальца. Матка увеличена до 20 недель беременности, мягковатой консистенции, болезненная при пальпации. Придатки с обеих сторон пальпаторно не изменены, безболезненные. Лохии кровяные, мутные с гнилостным запахом.

Лабораторно: в общем анализе крови эритроциты $3,1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 109 г/л, лейкоциты $14,2 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы 17%, СОЭ 40 мм/ч; в мазках из цервикального канала лейкоцитов 30-35 в поле зрения, эритроциты 7-8 в поле зрения, эпителий 9-10 в поле зрения, обильная грам (+), грам (-) флора; по УЗИ тело матки увеличено до 20 недель беременности, тонус матки снижен, в полости матки газ, отложения фибрина, миометрий инфильтрирован. Плацентарной и децидуальной ткани нет.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Что способствовало возникновению данного осложнения?
3. Наметьте план лечения.
4. Возможные осложнения при неэффективности лечения и врачебная тактика.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №60

Роженица Т., 24 лет, поступила в родильное отделение с регулярной родовой деятельностью. Срок беременности 30 недель.

Из анамнеза известно, что настоящая беременность вторая. Первую беременность прервали год назад медицинским абортom. В течение настоящей беременности дважды (в 12 и 24 недели) лечилась в стационаре по поводу угрожающего прерывания беременности. Менструальная функция не нарушена. Соматические и гинекологические заболевания отрицает.

Объективно: состояние удовлетворительное. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Родовая деятельность регулярная, схватки через 2-3 минуты по 40 сек. Воды не изливались. ОЖ 84 см, ВДМ 32 см. Положение плода продольное, предлежание головное, головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ритмичное, ясное с частотой 140 уд/мин.

Влагалищное исследование: влагалище узкое, шейка матки сглажена, открытие зева 6 см. Плодный пузырь цел, передних вод достаточное количество. Головка прижата ко входу в малый таз. Крестцовая впадина емкая, мыс не достижим, выделения слизистые, светлые.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Какие признаки недоношенности могут быть у новорожденного?
3. Особенности ведения преждевременных родов.
4. Осложнения в раннем неонатальном периоде и оказание неотложной помощи.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №61

К гинекологу обратилась пациентка М, 26 лет с жалобами на отсутствие беременности в течение 3-х лет при регулярной половой жизни без контрацепции.

Из анамнеза: в детстве перенесла ветряную оспу, скарлатину.

Соматическую патологию отрицает.

Менструации с 14 лет, установились сразу, по три-четыре дня, через 28 дней. Последний год отмечает уменьшение продолжительности менструаций и количества теряемой крови, увеличение продолжительности цикла до 35-40 дней. Половая жизнь с 23 лет, от беременности ничем не предохраняется, беременностей не было.

Объективно: повышенного питания, имеет место абдоминальный тип ожирения. Вторичные половые признаки развиты нормально. Обращает на себя внимание наличие стрий в области живота и бедер, повышенный рост волос на бедрах, по белой линии живота.

Гинекологическое обследование: наружные половые органы сформированы правильно. Влагалище нерожавшей. Шейка матки конической формы, чистая. Тело матки нормальных размеров, мышечной консистенции, подвижное, безболезненное. При исследовании придатков матки выявлено

увеличение обоих яичников до 4 см, тугоэластической консистенции, с гладкой поверхностью, безболезненные при пальпации. Выделения – слизистые.

ВОПРОСЫ:

1. Предположительный диагноз и причина бесплодия.
2. Какие дополнительные методы исследования следует провести для уточнения диагноза?
3. Возможные методы лечения.
4. Прогноз для детородной функции.
5. Какие отдаленные риски для здоровья женщины несет в себе выставленный диагноз?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №62

Больная С., 40 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на боли внизу живота накануне и во время месячных, обильные менструации.

Считает себя больной в течение пяти лет, когда стали беспокоить боли внизу живота, появляющиеся за один-два дня до менструации, во время менструации и прекращаются сразу после.

Менструации регулярные, через 28 дней, по 6-7 дней, обильные, регулярные. Имела пять беременностей, две из которых закончились нормальными родами, три – медицинскими абортами. Последние четыре года не предохраняется, беременность не наступает. Ожидает менструацию в ближайшие дни.

Гинекологический статус: Наружные половые органы развиты правильно, по женскому типу. Влагалище емкое, слизистая чистая. Шейка матки цилиндрической формы без видимых изменений. Матка увеличена до размеров 6-недельной беременности, с ровными контурами, гладкой поверхностью, безболезненная. В области придатков матки изменений не выявлено. Выделения физиологические.

ВОПРОСЫ:

1. Предварительный диагноз.
2. С чем могут быть связаны жалобы пациентки на боли и обильные менструации?
3. Какие дополнительные методы должны быть назначены?
4. Дифференциальная диагностика.
5. Принципы лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №63

Больная Л., 30 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на длительные обильные менструации, отсутствие наступления беременности в течение 1,5 лет.

В анамнезе: хронический пиелонефрит, хронический синусит.

Менструации с 12 лет, последние два года по 9-10 дней через 28-30 дня, безболезненные. Последняя менструация 15 дней назад, в срок. Половая жизнь с 20 лет, брак зарегистрированный, контрацепция барьерная, последние 1,5 года от беременности не предохраняется. Беременностей не было.

Объективно: Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. АД 120/70 мм рт. ст. ЧСС 70 уд. в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Гинекологический статус: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Осмотр в зеркалах: шейка матки цилиндрической формы. Слизистая влагалища и шейки матки визуально не изменены. Наружный зев закрыт. Выделения слизистые.

Бимануальное влагалищное исследование: тело матки отклонено кпереди, нормальных размеров, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки не пальпируются, своды свободные.

Лабораторно в ОАК уровень гемоглобина 87 г/л. Остальные показатели в пределах референсных значений.

По данным УЗИ органов малого таза в полости матки выявлен миоматозный узел размером 2,5*3 см с интрамуральным компонентом 10%.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте предположительный клинический диагноз
2. Какой тип миоматозного узла у данной пациентки
3. Охарактеризуйте нормальный менструальный цикл
4. Принципы лечения.
5. Объем оперативного вмешательства

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №64

Больная К., 24 года, поступила по направлению врача женской консультации с жалобами на задержку менструации на 2 недели.

В детстве болела корью, скарлатиной, краснухой, хроническим тонзиллитом.

Менструации с 18 лет, регулярные, болезненные. Половой жизнью живет 4 года, беременностей не было. Врач женской консультации выявил признаки инфантилизма. Лечение не проводилось.

Объективно: по внутренним органам без особенностей. При гинекологическом исследовании обнаружен цианоз слизистой влагалища, выделения серозно-сукровичные, шейка матки – коническая, длинная, зев замкнут. Матка увеличена до 5-недельного срока беременности, перешеек размягчен. Левые придатки не определяются. Справа в области придатков пальпируется «колбасовидное» образование, 3х4 см, эластичной консистенции, безболезненное. Своды глубокие, смещение шейки матки безболезненное.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз.
2. Дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза.
3. Возможности для сохранения детородной функции.
4. Перечислите органосохраняющие операции при поставленном диагнозе.
5. Реабилитационные мероприятия после операции

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №65

Больная 29 лет, поступила в гинекологическое отделение повторно с жалобами на скудные кровянистые выделения из влагалища в течение 2-х недель после задержки очередной менструации на 10 дней.

В анамнезе одна беременность, прерванная искусственным абортом 5 лет тому назад. Аборт осложнился воспалением придатков, вторичным бесплодием.

Считала себя беременной. Обратилась к врачу женской консультации по поводу ноющих болей в низу живота и кровянистых выделений из влагалища. Была госпитализирована в гинекологическое отделение, где произведено выскабливание слизистой полости матки и с диагнозом «неполный аборт» выписана домой через 3 дня. Дома продолжались боли внизу живота и кровянистые выделения из влагалища, повторно обратилась к врачу, госпитализирована.

Объективно: при поступлении состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледноватые. Пульс 80 уд/мин, АД 120/80 мм рт. ст. Живот не вздут, участвует в акте дыхания равномерно, при пальпации болезненный в правой подвздошной области, мягкий, перкуторно - тимпанит.

Влагалищное исследование: цианоз слизистой влагалища, скудные кровянистые выделения. Своды глубокие, смещения шейки матки болезненны. Зев закрыт. Матка несколько больше нормы, мягковатой консистенции. Справа в области придатков определяется болезненное образование без четких контуров.

Гистологическое исследование соскоба эндометрия: децидуальный эндометрит, ворсин хориона не найдено.

Гемоглобин 100 г/л.

ВОПРОСЫ:

1. Предварительный диагноз.
2. Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.
3. Лечение.
4. Замечания по ведению больной.
5. Реабилитационные мероприятия после операции

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №66

Больная Л. 26 лет доставлена машиной скорой помощи в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота, иррадиирующие в задний проход и правое подреберье, кровянистые выделения из половых путей.

Заболела остро. После акта дефекации появились резкие боли внизу живота, головокружение, отмечает кратковременную потерю сознания.

В анамнезе одни роды без осложнений и один медицинский аборт. Менструации с 13 лет по три дня, регулярные. Последние - полтора месяца назад.

Объективно: кожные покровы бледные, пульс 110 в минуту, слабого наполнения и напряжения. АД - 80/40 мм рт. ст. Живот вздут, резко болезненный.

Влагалищное исследование. Влагалище рожавшей. Шейка матки цилиндрическая. Наружный зев замкнут. Задний свод сглажен, болезненный. Движения за шейку матки резко болезненные. Матка увеличена до пяти недель беременности, мягкая. Придатки матки не удается пропальпировать из-за резкой болезненности. Выделения скудные, кровянистые.

ВОПРОСЫ:

1. Предварительный диагноз.
2. Объем и последовательность неотложной помощи.
3. Состав инфузионных сред и соотношение между ними.
4. Проведите дифференциальную диагностику с апоплексией яичника.
5. Реабилитационные мероприятия после операции.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №67

Больная М., 30 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на появившуюся внезапно острую боль в левой подвздошной области с иррадиацией в прямую кишку, головокружение, кратковременную потерю сознания.

Имеется задержка менструации на три недели. Считает себя беременной, так как появилась тошнота, пищевые прихоти. К врачу не обращалась, в сохранении беременности заинтересована. Менструальная функция в прошлом не нарушалась. Гинекологические заболевания отрицает. Имела одну беременность, которая два года назад закончилась медицинским абортом. В последующем в течение полугода принимала гормональные контрацептивы. Прием таблеток прекратила, но беременность не наступала. Соматические заболевания отрицает.

Объективно: Бледность кожных покровов. Пульс 100 ударов в минуту. АД 90/60 мм рт. ст. Живот вздут, болезненный при пальпации. При перкуссии в отлогих местах живота притупление.

Влагалищное исследование: Слизистая влагалища и шейка матки цианотичная, чистая. Задний свод нависает, резкая болезненность при пальпации матки и придатков. Из-за резкой болезненности и напряжения матку и придатки контурировать не удастся. Выделения слизистые.

ВОПРОСЫ:

1. Клинический диагноз.
2. Объем и последовательность неотложной помощи.
3. Объем инфузионно-трансфузионной терапии.
4. Этиология и патогенез развившегося заболевания.
5. Реабилитационные мероприятия после операции.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №68

Больная А., 28 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на схваткообразные боли в левой подвздошной области, мажущие темные кровянистые выделения из половых путей, которые появились на фоне задержки менструации на 15 дней.

Менструальная функция не нарушена. Имела 5 беременностей, одни нормальные роды и 4 медицинских аборта. Последний аборт осложнился воспалительным процессом. Лечилась в стационаре и амбулаторно. В течение 3-х лет от беременности не предохранялась, беременность не наступала.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. АД 110/70 мм рт. ст., пульс 80 уд/мин. Живот мягкий, при пальпации отмечается умеренная болезненность в нижних отделах, больше слева. Перкуторно свободная жидкость в брюшной полости не определяется.

Гинекологическое исследование: Слизистая влагалища чистая, цианотичная. Шейка матки чистая. Тело матки шаровидной формы, мягковатой консистенции, безболезненное. Слева от матки пальпируется мягкоэластическое ретроообразной формы образование, болезненное при пальпации. Справа свод глубокий, свободный, придатки не определяются. Тракции шейки матки вправо вызывают болезненность. Выделения из половых путей мажущие, темно кровянистые.

ВОПРОСЫ:

1. Предварительный диагноз.
2. Обоснование диагноза.
3. С чем связано появление кровянистых выделений из полости матки?
4. Дополнительные исследования, необходимые для уточнения диагноза.
5. Лечебная тактика. Можно ли применение органосохраняющих технологий?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №69

Больная Е., 54 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на появившиеся несколько дней назад кровяные выделения, которые постепенно усиливаются. Менопауза с 45 лет.

В анамнезе перед менопаузой ациклические маточные кровотечения с выскабливанием полости матки, гистологическое заключение: железистая гиперплазия эндометрия. Страдает ожирением, гипертонической болезнью II ст., сахарным диабетом - компенсированная форма.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Питание повышенное. ИМТ – 42 кг/м². Кожные покровы бледноватые, чистые. Пульс 78 в минуту, ритмичный, удовлетворительных качеств. АД 145/100 мм рт ст. Тоны сердца ясные, ритмичные, акцент 2 тона на аорте. Дыхание везикулярное. Хрипов нет.

Язык чистый, влажный. Живот мягкий б/болезненный. Печень по краю реберной дуги. Перкуторно – тимпанит. Симптомы «раздражения» брюшины отрицательные. С. поколачивания отрицательный. Стул, диурез в норме

Влагалищное исследование:

Влагалище свободное. Шейка матки рожавшей, наружный зев щелевидный, незначительно приоткрыт. Матка несколько увеличена, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки без особенностей. В области параметриев инфильтрации не выявлено. Выделения кровяные в умеренном количестве.

ВОПРОСЫ:

1. Установите клинический диагноз.
2. Какие методы обследования необходимо назначить пациентке?
3. Назовите возможные варианты гистологического заключения
4. Выделите факторы риска развития рака эндометрия.
5. Какое лечение показано пациентке?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №70

Больная К., 24 лет, заболела остро после полового акта, внезапно появились боли внизу живота, правой подвздошной области, иррадиирующие на прямую кишку.

В детстве перенесла корь, скарлатину, воспаление легких.

Менструации с 13 лет, установились сразу, по 3-5 дней через 28 дней. Последняя менструация 2 недели назад. Половая жизнь с 20 лет, беременностей не было. Гинекологические заболевания – эрозия шейки матки, по поводу чего проводилось консервативное лечение. От беременности предохраняется – барьерная контрацепция.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Пульс 78 уд/мин, ритмичный. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный при пальпации в правой подвздошной области. Слабо положительные симптомы раздражения брюшины в месте болезненности.

Влагалищное исследование: шейка матки коническая, чистая. Матка маленькая, плотная, подвижная. Слева от матки пальпируется образование размерами 4х5 см, мягковатой консистенции, резко болезненное. Движения за шейку матки болезненные. Задний свод нависает. Выделения светлые, слизистые.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз.
2. Как уточнить диагноз?
3. Опишите возможную лапароскопическую картину.
4. Какое лечение следует провести больной?
5. Назовите формы апоплексии яичника и тактику их ведения.
6. Профилактика

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №71

Больная А., 57 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на увеличение живота в объеме, тошноту, потерю веса, снижение аппетита, боли в животе и общую слабость.

Заболевания внутренних органов отрицает. Постменопауза четыре года. В анамнезе двое нормальных родов, аборт не было. Длительно лечилась по поводу воспаления придатков матки. Полгода назад на приеме у гинеколога в женской консультации обнаружено увеличение одного из яичников, предлагалось оперативное лечение, от которого отказалась, у гинеколога больше не наблюдалась. Боли внизу живота стали беспокоить три-четыре месяца, в течение последнего месяца заметила увеличение размеров живота.

Объективно: Кожные покровы бледные, тургор кожи снижен. Со стороны легких и сердца патологии не выявлено. Живот увеличен в размерах, напряжен. Пальпация органов брюшной полости затруднена. В нижних отделах живота болезненность при пальпации. Перкуторно в брюшной полости жидкость.

Гинекологическое обследование: Влагалище свободное. Тело матки отдельно пропальпировать не удается. В малом тазу образование, в едином конгломерате матка и придатки, умеренно болезненное, размером 15-18 см.

ВОПРОСЫ:

1. Предварительный диагноз.
2. О каком заболевании в первую очередь следует думать при наличии указанных клинических признаках? Дифференциальная диагностика.
3. Какие методы исследования в первую очередь необходимо провести пациентке?
4. Перечислите необходимые лабораторные и инструментальные методы исследования.
5. Принципы лечения.
6. Имеются ли ошибки в ведении больной в женской консультации?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №72

Больная Н., 60 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на периодически появляющиеся кровяные выделения из половых путей. Постменопауза десять лет.

Соматические заболевания — гипертоническая болезнь, ожирение второй степени.

Влагалищное исследование: влагалище свободное, своды глубокие. Шейка матки цилиндрическая, обычной консистенции, на зеркалах чистая, из цервикального канала выделения темно-кровянистого характера в небольшом количестве. Тело матки несколько увеличено, тестоватой консистенции, подвижное, безболезненное. В области придатков матки объемных образований не определяется.

ВОПРОСЫ:

1. Предположительный диагноз.
2. Какое заболевание следует в первую очередь исключить/подтвердить у этой пациентки?
3. Как подтвердить диагноз?
4. Какие дополнительные методы необходимо провести для уточнения распространения процесса?
5. Какое лечение следует провести больной?
6. Каков прогноз для данной пациентки?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №73

Беременная С., 25 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на тянущую боль внизу живота, мажущие кровяные выделения из половых путей. Беременность третья, первая беременность закончилась медицинским абортом в сроке 11-12 недель, вторая беременность год назад – поздним самопроизвольным выкидышем в 20 недель с выскабливанием полости матки. Последняя менструация четыре месяца назад.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. АД 115/70 мм рт. ст., пульс 80 ударов в минуту. Живот увеличен за счет беременной матки, тонус матки повышен.

Влагалищное исследование: влагалище и своды свободные. Шейка матки цилиндрической формы, длиной 2,5 см, цервикальный канал замкнут. Выделения из цервикального канала кровяные скудные. Тело матки увеличено до 16 недель беременности, в правильном положении, тонус повышен, безболезненная. Придатки с обеих сторон не пальпируются, безболезненные. Выделения из влагалища слизистые.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз.
2. Какие факторы риска могли привести к возникшей патологии?
3. Дальнейшая тактика ведения.
4. Лечение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №74

Больная К., 37 лет, доставлена в гинекологическое отделение с жалобами на обильные кровяные выделения из половых путей.

Наследственность не отягощена. Было 4 беременности, две из них закончились родами и две – медицинскими абортами. Менструации регулярные. В последние 6 месяцев беспокоят жидкие серозно-желтые выделения из половых путей с неприятным запахом, иногда с примесью крови. К врачу не обращалась. Два часа назад после подъема тяжести внезапно из влагалища появились значительные кровяные выделения.

Объективные исследования: общее состояние удовлетворительное. Пульс 88 ударов в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Температура тела 36°C. Больная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые несколько бледные. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Стул и мочеиспускание в норме.

Осмотр при помощи зеркал: шейка матки гипертрофирована, форма ее бочкообразная, темно-багрового цвета с выраженной сетью капилляров. Из цервикального канала кровяные выделения.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки плотная, бочкообразно расширена, неподвижна. Тело матки обычных размеров, в правильном положении, безболезненное.

Ректальное исследование: надвлагалищная часть шейки матки резко гипертрофирована, плотная. В параметриях с двух сторон имеются плотные инфильтраты, достигающие до стенок таза.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Как возможно подтвердить диагноз?
3. Стадия распространения процесса по классификации TNM.
4. Какой метод лечения применим в данном случае?
5. Профилактика данного заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №75

Больная В., 45 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на появление кровяных выделений из половых путей после полового контакта.

Наследственность не отягощена. Было 5 беременностей, 2 из них закончились нормальными родами, 3 – искусственными абортами, без осложнений. Пятая беременность наступила в 38 лет. Последний раз на осмотре у гинеколога была 6 лет назад.

Осмотр при помощи зеркал: влагалище рожавшей женщины. Шейка матки гипертрофирована. На передней губе ее имеется мелкобугристая опухоль в виде «цветной капусты», размерами 2х2 см, контактно кровоточит.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки гипертрофирована, плотная, подвижная. Тело матки обычных размеров. Область придатков свободна.

Ректальное исследование: влагалищная часть шейки матки несколько уплотнена, но не увеличена. В малом тазу опухолевидные образования и инфильтраты не определяются.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Как подтвердить диагноз?
3. Какие инструментальные диагностические исследования необходимо провести?
4. Какой метод лечения может быть выбран для данной больной?
5. Профилактика данного заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №76

На профилактическом осмотре у работницы Д., 28 лет, в области левых придатков матки обнаружено образование тугоэластичной консистенции с гладкой поверхностью, подвижное, безболезненное, размерами 8х6 см.

Наследственность неотягощена. Менструации с 14 лет, установились сразу по 4-5 дней, умеренные, безболезненные. Последняя нормальная менструация закончилась неделю назад. Половая жизнь с 20 лет. Всего была одна беременность, которая закончилась своевременными родами, без осложнений. Контрацепция барьерная.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз.
2. Какое обследование следует провести больной?
3. Какое лечение необходимо провести?
4. Перечислите факторы, снижающие риск рака яичника

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №77

Больная У., 23 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на отсутствие менструаций в течение 4-х месяцев после внутриматочного вмешательства по поводу неполного медикаментозного аборта. Отмечает появление тянущих болей внизу живота в дни ожидаемых менструаций. В прошлом нарушений менструальной функции не было. В анамнезе одни неосложненные роды и два аборта: один в сроке 11 недель – выскабливание полости матки; второй - в сроке 10 недель – неполный медикаментозный аборт с последующим выскабливанием полости матки.

Гинекологический статус: Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Наружные гениталии без видимых изменений. Влагалище свободное, слизистая чистая. Шейка матки цилиндрической формы, чистая, наружный зев щелевидный. Тело матки незначительно увеличено в размерах округлой формы, с равными контурами, безболезненное, своды влагалища глубокие, свободные, придатки не пальпируются. Выделения из половых путей физиологические.

Проведен «тест» на беременность – отрицательный.

ВОПРОСЫ:

1. Предположительный диагноз.
2. Определите объем исследований, необходимых для уточнения диагноза.
3. Лечение.
4. Мероприятия по профилактике рецидива заболевания.
5. Причина развития данной патологии у пациентки?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №78

Больная Н., 14 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на обильные кровяные выделения из половых путей, слабость, головокружение.

В детстве перенесла корь, инфекционный паротит, коревую краснуху, скарлатину. Наследственность не отягощена.

Менструации с 14 лет, первые 4 месяца регулярные (по 3-4 дня, цикл 28 дней), умеренные, безболезненные. Половой жизнью не живет.

Заболела 8 дней назад, когда после двухмесячного отсутствия менструации появились умеренные, кровяные выделения из половых путей. В последующие дни интенсивность кровотечения нарастала, появилась слабость, головокружение.

Объективное исследование: общее состояние при поступлении удовлетворительное. Пульс 98 уд/мин, АД 110/70 мм. рт. ст. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые. Больная пониженного питания, молочные железы развиты слабо. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. При осмотре наружных половых органов патологии не выявлено, оволосение по женскому типу. Девственная плева не нарушена. Тело матки плотное, нормального размера, безболезненное, подвижное, в anteflexio. Придатки с обеих сторон не пальпируются.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз.
2. План обследования.
3. Лечение.
4. Перечислите лекарственные препараты, которые могут провоцировать АМК.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №79

Больная К., 19 лет, доставлена в гинекологическое отделение в связи с кровотечением из половых путей.

Считала себя беременной. На учете по беременности не состояла. Беременность не желанная. Два дня назад начались ноющие боли внизу живота, кровяные выделения из половых путей. Через сутки произошел выкидыш, кровотечение было умеренным, за помощью не обращалась. К вечеру того же дня появилась температура до 38°C, был однократно озноб.

Соматически здорова, менструальная функция не нарушена. Последняя менструация 3 месяца назад. Половая жизнь с 16 лет, беременность первая, вне брака. Гинекологические заболевания отрицает.

Объективно: Состояние средней степени тяжести, обусловлено интоксикационным синдромом. Кожные покровы и видимые слизистые бледноватые, чистые. Температура 37,8°C. Пульс — 96 ударов в минуту. АД — 110/70 мм рт. ст. ЧД 20/мин. Язык влажный, обложен у корня. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Перкуторно в брюшной полости свободная жидкость не определяется.

Гинекологический статус: Влагалище нерожавшей. Шейка матки чистая, цервикальный канал свободно пропускает палец. Тело матки увеличено до десяти недель беременности, мягкое, болезненное при пальпации. Своды влагалища свободные, придатки не пальпируются. Выделения кровяные, незначительные.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз.
2. Объем неотложной помощи.
3. Назовите критерии положительной динамики от проводимой консервативной терапии.
4. Перечислите возможные осложнения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №80

Пациентка 35 лет, жалоб не предъявляет, обратилась для профилактического осмотра. Последний визит к гинекологу был 4 года назад.

Менструальная функция не нарушена. В анамнезе 1 срочные роды через естественные родовые пути, без осложнений. В настоящее время использует барьерную контрацепцию.

При осмотре шейки матки вокруг наружного зева шейки матки выявлен участок цилиндрического эпителия с четкими контурами, который не кровоточит при контакте. Матка нормальной формы и величины, в области придатков матки с обеих сторон объемных образований не пальпируется. Выделения слизистые.

Результаты проведенного обследования: тестирование на ВПЧ (ПЦР) – обнаружен ВПЧ (16 генотип), результат цитологического исследования (жидкостная цитология) - низкая степень плоскоклеточного интраэпителиального поражения (LSIL), при расширенной кольпоскопии - тонкий ацетобелый эпителий, нежная пунктация, йоднегативная зона.

ВОПРОСЫ:

1. Предполагаемый диагноз?
2. Перечислите показания для проведения биопсии шейки матки в данном случае.
3. Какую биопсию следует провести у данной пациентки?
4. Тактика ведения пациентки после проведения биопсии?
5. Укажите наиболее эффективный метод первичной профилактики рака шейки матки.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №81

Больная В. 25 лет, обратилась в женскую консультацию для прерывания беременности медикаментозным методом. Жалоб не предъявляла.

Наследственность не отягощена.

Менструации с 14 лет, установились сразу (по 4-5 дней, цикл 28 дней), безболезненные, умеренные. Последняя менструация была 1,5 месяца назад.

Половая жизнь с 20 лет. Было 2 беременности: первая закончилась нормальными срочными родами (масса ребенка 3500 граммов), вторая – искусственным абортом (срок 10 недель). После аборта в течение 3 дней держалась температура 37,5°C, болел низ живота. По поводу эндометрита больная получила курс антибиотикотерапии, внутримышечные инъекции глюконата кальция и окситоцина. Была выписана на 10 день после операции. Другие перенесенные гинекологические болезни отрицает.

Объективное исследование: состояние больной удовлетворительное. Пульс 72 удара в минуту, ритмичный. АД – 100/70 мм рт. ст., t 36,7°C. Больная правильного телосложения, умеренного питания. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Со стороны органов и систем патологии не выявлено.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. Влагалище – рожавшей женщины. Шейка матки – чистая, цианотичная, цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Матка расположена правильно, мягкой консистенции, подвижная, безболезненная, увеличена до 6 недель беременности. Придатки матки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Выделения слизистые.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз.
2. Программа обследования женщины перед проведением медикаментозного аборта.
3. Какие препараты используются для проведения медикаментозного аборта, дозировка.
4. Возможные осложнения медикаментозного аборта.
5. Рекомендации врача по ведению, сколько визитов должна сделать пациентка?
6. Какие методы контрацепции можете порекомендовать для данной пациентки после медикаментозного аборта.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №82

Больная И., 32 года, обратилась в женскую консультацию с жалобами на кровяные выделения после медикаментозного аборта в течение полутора месяцев, периодически усиливающиеся.

Наследственность не отягощена.

Менструации с 14 лет, установились сразу (по 4-5 дней, цикл 21 дней), умеренные, безболезненные. Последняя менструация была 2 месяца назад. Половая жизнь с 20 лет. Всего было 5 беременностей, две из них закончились нормальными родами, три – медикаментозными абортами, два из них – без осложнений. После последнего медикаментозного аборта (в сроке беременности 6 недель), кровяные выделения продолжаются до настоящего времени. На третий визит после медикаментозного аборта женщина не явилась, УЗИ органов малого таза после прерывания беременности не проводилось.

Объективное обследование: общее состояние удовлетворительное. Пульс 72 уд/мин, АД 100/70 мм. рт. ст., температура 36,4°C. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание регулярные.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище емкое, шейка матки чистая, цилиндрической формы, наружный зев замкнут. Тело матки в положении retroversion, подвижное, безболезненное, несколько больше нормальных размеров. Придатки матки не определяются, область их пальпации безболезненна. Своды влагалища свободны. Выделения кровяные, умеренные, умеренные.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз.
2. Тактика врача женской консультации.
3. Ожидаемый результат гистологического исследования.
4. Рекомендации врача по дальнейшему ведению и лечению больной.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №83

Больная С., 40 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на резкие боли внизу живота, чувство жара, озноб, слабость.

Наследственность неотягощена.

Менструации с 14 лет, установились сразу (по 3-4 дня, цикл 28 дней), регулярные, безболезненные. Последняя менструация закончилась неделю назад. Половая жизнь с 20 лет. Было 4 беременности, одна из них закончилась срочными родами, 3 – искусственными хирургическими абортами. Последний аборт 4 года назад, осложнился острым воспалением придатков матки, по поводу чего больная лечилась в стационаре. После этого неоднократно возникало обострение воспалительного процесса. Периодически беспокоили бели гнойного характера, в связи с чем лечилась амбулаторно.

Объективное обследование: состояние больной при поступлении средней степени тяжести. Пульс 112 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, АД 120/80 мм рт. ст., температура тела 38,8°C. Кожные покровы несколько бледные, слизистые розового цвета. Язык сухой, обложен белым налетом. Тоны сердца ясные, ритмичные. В легких прослушивается везикулярное дыхание. Живот умеренно вздут, в акте дыхания не участвует, при пальпации болезненный во всех отделах. Отмечается напряжение прямых мышц живота и признаки раздражения брюшины в нижних отделах живота. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул в норме, мочеиспускание свободное.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки цилиндрической формы, чистая, зев закрыт. При смещении шейки матки отмечается болезненность. Во влагалище небольшое количество гнойных выделений. Матка несколько увеличена, болезненна при пальпации. Справа и слева в области придатков определяются опухолевидные образования веретенообразной формы, без четких границ, тугоэластичной консистенции, интимно спаянные с маткой, неподвижные, резко болезненные при пальпации.

ВОПРОСЫ:

1. Предположительный диагноз.
2. Программа обследования больной и врачебная тактика.
3. Объем операции.
4. Показания к оперативному лечению при воспалительных заболеваниях органов малого таза.
5. Классификация перитонита по стадии, по распространению, по характеру выпота.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №84

Больная З., 28 лет, поступила в клинику с жалобами на постоянную боль внизу живота, иррадирующую в поясницу с тенденцией к усилению, повышение температуры до 38°C.

В детстве перенесла ветряную оспу, ОРЗ, корь, бронхит. Наследственность неотягощена. Менструации с 16 лет, установились сразу, по 6 дней, цикл через 28 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация 11 дней тому назад. Половая жизнь с 16 лет. Беременностей не было (от беременности не предохранялась). Через несколько месяцев от начала половой жизни перенесла воспаление придатков матки, по поводу чего лечилась в гинекологическом стационаре. В дальнейшем воспалительный процесс придатков часто обострялся, при каждом рецидиве больная лечилась в стационаре, где ей дважды проводили санационную лапароскопию, антибиотикотерапию.

Последнее обострение началось вскоре после менструации, появились постоянные боли внизу живота, отдающие в поясницу, озноб с обильными потоотделениями, повышение температуры тела до 38°C, головная боль.

Объективное обследование: общее состояние при поступлении средней степени тяжести. Пульс 104 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 120/75 мм рт. ст., температура тела 39,4°C. Язык суховат, обложен белым налетом. При осмотре живот мягкий, участвует в акте дыхания, при пальпации в нижних отделах несколько напряжен, болезненный. Перитонеальных симптомов нет. При перкуссии свободная жидкость в брюшной полости не определяется.

Осмотр в зеркалах: шейка матки и слизистая влагалища чистые. Из канала шейки матки выделяется гной.

Влагалищное исследование: наружные половые органы без патологических изменений. Влагалище нерожавшей женщины. Шейка матки конической формы, наружный зев закрыт. Тело матки четко не контурируется из-за резкой болезненности брюшной стенки. Правые придатки не пальпируются, болезненные, слева и сзади от матки определяется образование размерами 12х3 см, тугоэластической консистенции, резко ограниченное в подвижности, болезненное.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Тактика врача.
3. Принципы лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №85

Больная К., 29 лет. Обратилась в женскую консультацию с жалобами на бесплодие в течении 4 лет, общую слабость, потливость, временами повышение температуры тела до 37,2-37,5°C, периодически отмечает боли внизу живота ноющего характера.

В детстве перенесла корь, воспаление легких, страдала частыми ангинами, в 14 лет была произведена аппендэктомия, в 18 лет - тонзилэктомия. В семье больных туберкулезом не было. Имела контакт с больным туберкулезом на работе.

Менструация с 13 лет, установились сразу по 5-6 дней через 28 дней, обильные, безболезненные. Последние три года менструации стали иногда задерживаться на 5-10 дней. Половая жизнь с 25 лет, не предохраняется, беременность не наступает. Перенесенные гинекологические заболевания отрицает.

Объективное обследование: общее состояние удовлетворительное. Пульс 78 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД - 105/70 мм рт. ст. Отмечается некоторая бледность кожных покровов. Больная правильного телосложения, пониженного питания. Тоны сердца ясные, ритмичные. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание – в норме.

Осмотр при помощи зеркал: слизистая влагалища розового цвета, шейка матки конической формы, чистая, зев точечный. Выделения светлые.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно, без патологических изменений, оволосение по женскому типу. Влагалище нерожавшей женщины. Шейка матки конической формы, зев закрыт, смещения шейки матки болезненны. Матка размерами меньше нормы, плотная, подвижная, безболезненная, находится в правильном положении. Придатки не пальпируются, в области придатков с обеих сторон определяется тяжесть.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Что необходимо провести для уточнения этиологии воспалительного процесса?
3. Предложите лечение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №86

Больная С., 25 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на обильные, пенные бели с неприятным запахом, жжение, зуд в области наружных половых органов и чувство тяжести во влагалище. Больна в течение недели.

В детстве болела корью, скарлатиной. Наследственность не отягощена.

Менструации с 14 лет, установились сразу по 3-4 дня через 28 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Последняя менструация наступила в срок, за 10 дней до обращения к врачу. Половая жизнь с 18 лет. Была замужем. В настоящее время брак расторгнут. Две недели назад имела случайное половое сношение. Перенесенные гинекологические заболевания отрицает.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Пульс 86 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, напряжения. АД 115/70 мм рт. ст., температура тела 36,2°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Осмотр при помощи зеркал: имеется резкая гиперемия слизистой оболочки влагалища, ярко красная пятнистость в верхней его части, а также выраженная мацерация эпителия. При протирании стенок влагалища марлевым шариком, который окрашивается сукровичным отделяемым. В заднем влагалищном своде имеется скопление желтого гноя зеленоватого оттенка, жидкой консистенции, пенного вида.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей женщины. Шейка матки мышечной консистенции, зев закрыт, смещение шейки матки безболезненно. Матка

плотная, подвижная и безболезненная, находится в правильном положении, имеет нормальную величину. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Своды влагалища глубокие.

ВОПРОСЫ:

1. Предварительный диагноз.
2. Какие анализы необходимо провести для уточнения этиологии воспалительного процесса? Какую этиологию предполагаете?
3. Каковы принципы лечения?
4. Критерии излеченности.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №87

Больная В., 48 лет, обратилась к урологу с жалобами на частое мочеиспускание. Была обследована, патологии со стороны мочевыделительной системы обнаружено не было. Рекомендована консультация гинеколога.

В детстве перенесла грипп, ангину, скарлатину, болезнь Боткина, аппендэктомию.

Менструации с 10 лет, установились сразу (по 3 дня, цикл 30 дней), умеренные, безболезненные. Последние годы менструации по 5 дней, умеренные.

Половая жизнь с 18 лет. Всего было две беременности, первая закончилась срочными родами (масса ребенка 4000г.), вторая – медикаментозным абортом (срок 6 недель), без осложнений.

Перенесла гинекологические болезни: эндометрит после родов. Со слов в течение последних пяти лет гинекологом обнаружена миома матки, однако на диспансерном учете у гинеколога не состояла, последний раз была два года назад.

Объективное обследование: состояние удовлетворительное. Пульс 88 ударов в минуту, ритмичный, хорошего наполнения. АД - 120/60 мм рт. ст.

Кожа и видимые слизистые розовые. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумы не определяются. В легких прослушивается везикулярное дыхание без хрипов. Живот мягкий, безболезненный, в нижних отделах его определяется плотное, подвижное образование на 2 см выше лона. Мочеиспускание частое, без рези, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Больная отмечает запоры по 2-3 дня. Выделения из половых путей отсутствуют.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище - рожавшей женщины. Шейка матки цилиндрической формы, не эрозирована. Матка увеличена до 14 недель беременности, с множеством миоматозных узлов. Один из них исходит из передней стенки матки до 8 см в диаметре. Придатки не определяются, область их безболезненная. Выделения слизистые, умеренные.

ВОПРОСЫ:

1. Какой диагноз поставил врач женской консультации?
2. Какой должна быть тактика врача женской консультации?
3. Какая программа обследования больной в женской консультации?
4. Каковы показания к операции?
5. Объем оперативного вмешательства для данной пациентки?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №88

Больная З., 38 лет, поступила в гинекологическое отделение стационара с жалобами на обильные кровяные выделения из половых путей.

Считает себя больной в течение 4-х лет, когда стала отмечать обильные менструации со сгустками крови, схваткообразные боли внизу живота.

В детстве перенесла ангину, грипп. Страдает анемией последние 3 года, дважды лечилась в стационаре, получала антианемическую терапию.

Менструации с 12 лет, установились сразу по 7 дней через 30 дней, умеренные, безболезненные. Последний год через 15-16 дней, обильные со сгустками крови, болезненные. После менструации отмечает слабость, недомогание, мелькание «мушек» перед глазами. Половая жизнь с 22 лет. Всего было 4 беременности, двое срочных родов, два медицинских аборта в сроке 12 и 10 недель, без осложнений. Перенесенные гинекологические заболевания отрицает.

Объективно: состояние удовлетворительное. Пульс 100 уд/мин, ритмичный. АД 120/80 мм рт. ст. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Тоны сердца ритмичные, отмечается систолический шум на верхушке. В легких прослушивается везикулярное дыхание без хрипов. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание в норме.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей женщины. Шейка матки чистая. Из канала шейки матки обильные кровяные выделения. Матка увеличена до 10 недель беременности, шаровидной формы, плотная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их пальпации безболезненна. Выделения кровянистые, обильные.

ВОПРОСЫ:

1. Предварительный диагноз.
2. Тактика врача в данной ситуации.
3. Показания к операции и объем оперативного вмешательства.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №89

Больная И., 46 лет, поступила в гинекологическую клинику с жалобами на кровотечение из половых путей.

В детстве перенесла корь, скарлатину, эпидемический паротит, частые ангины.

Менструации с 14 лет, установились сразу по 4-5 дней через 28 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация 2 месяца тому назад. Половая жизнь с 20 лет,

брак первый. Было 4 беременности, две из них закончились нормальными родами, две – хирургическими абортами по желанию в сроке 8 и 10 недель беременности. Роды и аборт без осложнений. Перенесенные гинекологические заболевания отрицает.

Последние шесть месяцев менструальный цикл нарушен: интервал между менструациями составляет 2-3 месяца. 15 дней назад у больной после 2-х месяцев отсутствия менструации началось кровотечение, которое продолжается до настоящего времени.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Пульс 78 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 110/70 мм рт. ст. Больная правильного телосложения, удовлетворительного питания, кожные покровы бледные. При обследовании патологии со стороны внутренних органов не выявлено.

Осмотр при помощи зеркал: слизистая влагалища и шейки матки чистая, наружный зев щелевидный, из зева – кровяные выделения.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно, оволосение на лобке – по женскому типу. Влагалище рожавшей женщины. Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев шейки матки закрыт. Тело матки находится в правильном положении, не увеличено, безболезненно при пальпации. Придатки с обеих сторон не определяются, область их пальпации безболезненна. Своды влагалища глубокие, свободные. Выделения кровянистые, обильные.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. План ведения, дополнительные методы обследования для уточнения диагноза.
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
4. Ожидаемый гистологический результат.
5. Рекомендации по дальнейшему ведению.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 90

Больная Л. 26 лет доставлена машиной скорой помощи в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота и пояснице, иррадиирующие в прямую кишку, мажущие кровяные выделения из половых путей.

Заболела час назад. После акта дефекации появились резкие боли внизу живота, головокружение, тошнота, рвота.

В анамнезе одни роды без осложнений и один медикаментозный аборт. Менструальная функция не нарушена. Последняя менструация - полтора месяца назад.

Объективно: кожные покровы бледные, пульс 80 в минуту, слабого наполнения и напряжения. АД - 110/60 мм рт. ст. Живот несколько вздут, болезненный внизу живота.

При влагалищном исследовании определяется болезненность в нижних отделах живота, шейка матки цианотичная. Матка увеличена до 5 недель беременности. В области

придатков справа пальпируется пастозность. Имеет место нависание заднего свода влагалища. Выделения скудные кровяные.

ВОПРОСЫ:

1. Предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику.
3. Тактика.
4. При каких условиях возможно проведение органосохраняющих операций при внематочной беременности.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 91

Роженица И., 29 лет, поступила в родильный блок в 21 час, с доношенной беременностью. Из анамнеза: данная беременность вторая, первая закончилась срочными родами четыре года назад. Послеродовый период осложнился метрозэндометритом. За время настоящей беременности врача женской консультации посещала регулярно со срока 5-6 недель гестации. Беременность протекала с явлениями угрозы прерывания. В связи с этим три раза находилась на стационарном лечении.

Схватки начались в 3 часа утра, околоплодные воды излились в 18 часов того же дня.

Объективно: роженица утомлена. Общее состояние удовлетворительное, АД 120/80 мм рт. ст., ЧСС 78 уд/мин, температура 36,8⁰С. Размеры таза 25-27-32-20 см, окружность живота 100 см, высота стояния дна матки 34 см.

Акушерский статус: матка правильной овальной формы, с четкими ровными контурами, вне схватки в нормальном тоне, безболезненная. Положение плода продольное, предлежит головка, в полости малого таза. Сердцебиение плода ритмичное, приглушенное с частотой 100-110 уд/мин. Родовая деятельность: регулярные схватки по 30-40 секунд через 3-4 минуты, с переходом в потуги, слабые.

Влагалищное исследование: Влагалище свободное, растяжимое, шейка матки не определяется, плодного пузыря нет. Головка плода в широкой части полости малого таза, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди, на головке небольшая родовая опухоль. Поступательного движения головки во время потуги не наблюдается.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Вероятные причины осложнения.
3. Тактика на данном этапе родового процесса.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 92

Дежурный врач акушер-гинеколог приглашен в наблюдательное послеродовое отделение к родильнице А. 25 лет в позднем послеродовом периоде (5 суток). Женщина предъявляет жалобы на озноб, головную боль, общее недомогание.

Из анамнеза: своевременные роды осложнились родовым излитием околоплодных вод и длительным безводным периодом 15 часов, проводилась антибиотикопрофилактика. Общая продолжительность родов составила 12 часов 30 минут. Родился доношенный мальчик с массой тела 3600 г, длиной 52 см, с оценкой по шкале Апгар 7/8 баллов, с явлениями везикулостулеза.

Данная беременность вторая, первая закончилась в октябре прошлого года медицинским абортом в сроке 11 недель гестации, осложнившимся острым метроэндометритом, в связи с чем получала лечение в условиях гинекологического отделения. Из отделения ушла самовольно, лечение в полном объеме не получила. Через 2,5 месяца наступила настоящая беременность, протекала на фоне вульвовагинита, вызванного *Ureaplasma urealyticum*.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные, пульс 100-110 уд/мин, удовлетворительного наполнения, температура тела 38,5⁰С, ЧД 20 в минуту.

Живот мягкий, болезненный при пальпации в нижних отделах живота, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень и селезенка не увеличены, пальпация их безболезненна. Матка на 2 см ниже пупка, мягковатой консистенции, болезненная при пальпации.

Влагалищное исследование: Матка не соответствует сроку послеродового периода, мягковатой консистенции, болезненная при пальпации. Придатки не пальпируются, область их пальпации безболезненная. Выделения из половых путей гнойные, с ихорозным запахом.

Лабораторно: анемия легкой степени тяжести, лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом влево.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Факторы, предрасполагающие к возникновению данной патологии.
3. План обследования и лечения.
4. Возможные осложнения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 93

Первобеременная С., 25 лет, поступила в отделение патологии беременности по направлению женской консультации с диагнозом: беременность 36 недель, умеренная преэклампсия.

Данная беременность первая, наступила через 1,5 года после начала регулярной половой жизни, без соблюдения мер контрацепции. Наличие какой-либо соматической патологии до наступления настоящей беременности отрицает, адаптирована к АД 115/80 мм рт. ст.

В женской консультации наблюдается регулярно со срока 12 недель гестации. Течение первой половины беременности без осложнений. Со срока 30 недель отмечено появление отеков на ногах, быстрое нарастание массы тела. В соответствии с рекомендациями врача женской консультации принимала отвары мочегонных трав, однако, отеки продолжали нарастать. Со срока 33 недели беременности повышение АД (максимально до 135/85 – 140/90 мм рт. ст.).

На момент осмотра активно жалоб не предъявляет, голова не болит, зрение ясное.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, чистые. Голени, передняя брюшная стенка отечны. АД 140/90 мм рт. ст., ЧСС 76 уд/мин.

Акушерский статус: регулярной родовой деятельности нет. Матка овоидной формы, с ровными, четкими контурами, в нормотонусе, безболезненная при пальпации. Положение плода продольное, предлежит головка, над входом в малый таз. Сердцебиение плода ритмичное, приглушенное с частотой до 140 уд/мин.

При влагалищном исследовании: шейка матки расположена по оси таза, длиной до 1,5 см, размягчена, внутренний маточный зев плавно переходит в нижний маточный сегмент, проходим для 2 см. Плодный пузырь цел, передних вод умеренное количество. Предлежит головка плода, над входом в малый таз. Швы и роднички четко не определяются.

Лабораторно: в общем анализе крови: эритроциты $4,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 125 г/л, гематокрит 42%; в биохимическом анализе крови: общий белок 60 г/л, натрий 140 ммоль/л, калий 3.8 ммоль/л; в коагулограмме: протромбиновый индекс 114%, фибриноген 4,44 г/л; в общем анализе мочи содержание белка 0,55 г/л.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Оценка ведения беременной в женской консультации.
3. Дальнейший план ведения беременной.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 94

Повторнородящая М., 24 года, поступила в родовое отделение в 9 часов с регулярной родовой деятельностью, начавшейся 7 часов назад. Ночью не спала, чувствует себя утомленной.

Из анамнеза: менструальная функция не нарушена. Настоящая беременность четвертая. Первая беременность закончилась своевременными родами, осложнившимися слабостью родовой деятельности. Течение настоящей беременности без осложнений.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, правильного телосложения, рост 160 см, масса тела 77 кг. АД 120/70 мм рт. ст., пульс 76 уд/мин. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Акушерский статус: матка овоидной формы с ровными, четкими контурами, вне схватки в нормальном тоне, безболезненная при пальпации. ВДМ 35 см, ОЖ 100 см. Положение плода продольное, предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное с частотой 140 уд/мин. Размеры таза 25-27-30-20 см. Родовая деятельность: регулярные схватки по 30 секунд через 4 минуты, средней интенсивности, умеренно болезненные.

Влагалищное исследование: большие и малые половые губы гипопластичные, влагалище рожавшей, шейка матки расположена по центру, сглажена, во время схватки не спазмирует, открытие маточного зева 5 см. Плодный пузырь вскрылся во время исследования, излились светлые околоплодные воды в количестве 100 мл. Головка прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева у лона. Диагональная конъюгата 11,5 см. Выделения светлые околоплодные воды.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Показано ли проведение родоусиления при данной клинической ситуации? Какие лекарственные препараты можно использовать для родоусиления, объясните их механизм действия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 95

На прием к врачу терапевту 30 июня обратилась беременная Л., 17 лет. Жалобы на слабость, головную боль, тошноту, боли в эпигастриальной области и правом подреберье. Болеет в течение 3-х суток: беспокоили слабость, боли в эпигастрии, сегодня появились тошнота, головная боль.

Из анамнеза выяснено, что росла и развивалась в соответствии с возрастом, в детстве часто болела ангиной. Менструальная функция не нарушена. Половая жизнь с 16 лет. Последняя менструация 7 месяцев назад. Данная беременность первая, наступила вне брака.

В связи с беременностью на учете врача женской консультации не состояла, не обследована. Первая половина беременности протекала без осложнений. В течение 2-х последних недель появились отеки голеней, ограничивала себя в приеме жидкости до 600 мл в сутки, пила отвары мочегонных трав.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести, беременная возбуждена, эйфорична. Лицо пастозное, на кистях рук, голенях, брюшной стенке отеки. АД 160/95 мм рт. ст. на правой руке и 150/90 мм рт. ст. – на левой. Пульс 90 уд/мин, ритмичный, удовлетворительных качеств. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов, акцентов нет. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Дно матки на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком, в нормотонусе. Пальпируются части плода, ощущаются его движения.

ВОПРОСЫ:

1. Предположительный диагноз и его обоснование.
2. Последовательность действий врача-терапевта в условиях поликлиники.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 96

Роженица М., 25 лет, повторнородящая, поступила в санитарный пропускник родильного дома в 18 часов. Настоящая беременность восьмая, протекала без осложнений. В анамнезе 6 медицинских аборт в ранних сроках и одни неосложненные роды. Схватки начались в 12 часов того же дня, воды излились в 10 часов утра.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, АД 120/80 мм рт. ст., ЧСС 78 уд/мин. Размеры таза 25-27-32-20 см, окружность живота 100 см, высота стояния дна матки 34 см.

Матка овоидной формы с ровными, четкими контурами, вне схватки в нормотонусе, безболезненная при пальпации. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ритмичное, ясное с частотой 132 уд/мин.

Родовая деятельность: регулярные схватки по 20-25 секунд через 3-4 минуты, монотонные, малоболезненные, без тенденции к усилению.

Влагалищное исследование: влагалище рожавшей, шейка матки мягкая, расположена по оси таза, укорочена до 1,5 см, открытие маточного зева 3 см. Внутренний зев развернут, плодный пузырь отсутствует, головка плода прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в поперечном размере, на головке небольшая родовая опухоль. Мыс не достижим при длине исследующих пальцев 11,5 см. Подтекают светлые околоплодные воды.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. В чем опасность несвоевременного излития околоплодных вод.
3. Показано ли родоусиление при данной клинической ситуации? Какие лекарственные препараты можно использовать для родоусиления, объясните механизм действия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 97

Беременная С., 20 лет, обратилась в женскую консультацию 20 августа в связи с предполагаемой беременностью раннего срока. Дата последней менструации – 10 июня.

Из анамнеза: менструальная функция не нарушена. Данная беременность первая, наступила в браке. Мать и бабушка беременной страдают гипертонической болезнью. Отмечает, что у матери во время беременности было высокое АД, в связи с чем сама женщина рождена с помощью оперативных влагалищных родов (акушерские щипцы). Наличие какой-либо соматической патологии до наступления настоящей беременности отрицает. Женщина работает воспитателем в детском саду, одновременно продолжая заочное обучение в университете.

При первом осмотре в женской консультации жалоб не предъявляет.

Объективно: общее состояние удовлетворительное; АД на левой руке 110/70 мм рт. ст., на правой – 130/90 мм рт. ст. Беременная повышенного питания, ожирение I степени, распределение жира равномерное. Видимой патологии внутренних органов не выявлено.

При измерении АД были соблюдены правила измерения АД сидя в удобной позе, соблюдены правила наложения манжетки, в состоянии покоя (после 5 минутного отдыха) 2 раза с интервалом не менее минуты. После измерения: АД на левой руке 125/80 мм рт. ст., на правой – 140/95 мм рт. ст.

Влагалищное исследование: влагалище узкое, нерожавшей. Тело матки соответствует размерам гусиного яйца, мягковатой консистенции, подвижное, безболезненное при пальпации. Придатки не пальпируются, область пальпации безболезненная. Своды свободны. Выделения слизистого характера, светлые, скудные.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Риск каких осложнений беременности имеется у пациентки.
3. Методы профилактики развития преэклампсии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 98

Первородящая С., 25 лет, доставлена в родильный дом с активной родовой деятельностью 13 октября в 16 часов. Из анамнеза выяснено, что околоплодные воды излились в 14 часов того же дня, через 30 минут отмечено развитие регулярной родовой деятельности.

Данная беременность первая, наступила через один год после начала регулярной половой жизни, в браке. Первый день последней менструации 20 января. Беременность протекала с явлениями угрозы прерывания в первую половину, лечилась амбулаторно.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, АД 125/80 мм рт. ст., ЧСС 82 уд/мин.

Акушерский статус: матка овоидной формы с ровными, четкими контурами, вне схватки в нормотонусе, безболезненная при пальпации. Положение плода продольное, предлежит головка, большим сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное с частотой 140 уд/мин. Родовая деятельность: регулярные схватки по 45 секунд через 1,5-2 минуты, сильные, умеренно болезненные.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей. Шейка матки сглажена, края тонкие, растяжимые. Открытие маточного зева 8 см. Плодный пузырь отсутствует. Предлежит головка, большим сегментом во входе в малый таз. Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа спереди. Мыс не достижим. Подтекают светлые околоплодные воды.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз.
2. В чем опасность несвоевременного излития околоплодных вод.
3. План дальнейшего ведения родов.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 99

Первобеременная Л., 20 лет, доставлена машиной скорой помощи в родильный дом в тяжелом состоянии после судорожного припадка, произошедшего дома час назад. Врачом скорой помощи внутривенно введен сульфат магния 25% 16,0 мл в течение 10 минут, нифедипин 10 мг перорально.

По данным обменной карты срок беременности 37 недель. Врача женской консультации посещала нерегулярно, последний раз на приеме была 4 недели назад.

Объективно: общее состояние тяжелое, беременная в сознании, жалуется на головную боль, тошноту. О произошедшем припадке судорог не помнит. Лицо одутловатое, на ногах и передней брюшной стенке выраженные отеки. АД 160/100 мм рт. ст. и 155/100 мм рт. ст. Родовой деятельности нет.

Матка овоидной формы, соответствует гестационному сроку, с ровными, четкими контурами, в нормотонусе, безболезненная при пальпации. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное с частотой 140 уд/мин. Родовая деятельность отсутствует.

Влагалищное исследование не проведено вследствие высокой судорожной готовности.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз.
2. Ведение пациентки с тяжелой преэклампсией/эклампсией в приемном покое и на этапе интенсивной терапии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 100

В родильном зале находится первородящая Н., 29 лет во втором периоде своевременных родов.

Продолжительность первого периода родов составила 7 часов. После рождения головки плода в течение минуты, на фоне хорошей родовой деятельности, не произошло рождение плечиков. Головка плода плотно прижата подбородком к промежности родильницы, шея плода не доступна осмотру, подбородок втягивается обратно в промежность.

Беременность протекала без осложнений. Предположительная масса плода 4100 грамм.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, АД 120/80 мм рт. ст., ЧСС 70 уд/мин.

Матка овоидной формы, с четкими ровными контурами, вне схватки в нормотонусе, безболезненная. Родовая деятельность: схватки через 1-2 минуты, по 45 секунд, средней силы, болезненные с переходом в потуги. Размеры таза: 26-29-31-22 см. Сердцебиение плода ритмичное, приглушено с частотой 132 уд/мин. Видимых отеков нет.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Патогенез развития осложнения.
3. Этапы оказания помощи.