



**ЧАСТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**

**«МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ ИМЕНИ БАШЛАРОВА»**

Адрес: РД, г. Махачкала, ул. А. Султана, 10 км, 367010,  
Телефон: +7-989-445-97-14; <http://bashlarov.ru/> E-mail: med-kolledj@bk.ru

**УТВЕРЖДАЮ**

зам. директора по УМР

\_\_\_\_\_ М.Б. Байрамбеков

19 мая 2025 г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ  
ПО ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ МОДУЛЮ**

***ПМ. 02 Осуществление лечебно-диагностической деятельности***

по программе подготовки специалистов среднего звена (ППССЗ)  
по специальности СПО 31.02.01 Лечебное дело

Махачкала  
2025 г.

## СОДЕРЖАНИЕ

1. Пояснительная записка.....	4
2. Перечень компетенций, формируемых в рамках изучения профессионального модуля .....	11
3.Описание перечня оценочных средств и критериев оценивания компетенций на различных этапах формирования .....	15
4. Оценочные средства характеризующие этапы формирования компетенций в процессе освоения профессионального модуля.....	17
5.Критерии и шкала оценивания компетенций на различных этапах их формирования.....	241
6.Описание процедуры оценивания знаний и умений, характеризующих этапы формирования компетенций .....	243

## **1. Пояснительная записка.**

Фонд оценочных средств (ФОС) предназначен для контроля и оценки образовательных достижений обучающихся, освоивших программу профессионального модуля по ПМ. 02 Осуществление лечебно-диагностической деятельности.

ФОС разработан на основании положений: основной профессиональной образовательной программы по специальности 31.02.01 Лечебное дело и программы профессионального модуля ПМ. 02 Осуществление лечебно-диагностической деятельности.

В результате изучения профессионального модуля обучающийся должен:

### **владеть навыками:**

- ведение амбулаторного приема и посещение пациентов на дому;
- сбор жалоб, анамнеза заболевания и анамнеза жизни у пациентов (их законных представителей);
- проведение осмотра, физикального и функционального обследования пациента, оценка состояния здоровья пациента;
- формулирование предварительного диагноза, основанного на результатах анализа жалоб, анамнеза и данных объективного обследования пациента;
- составления плана обследования пациента, а также направление пациента для его прохождения;
- интерпретации информации, полученной от пациента, результатов физикального обследования, результатов инструментальных и лабораторных обследований, с учетом возрастных особенностей и наличия заболеваний проведения диагностики и дифференциальной диагностики заболеваний и (или) состояний хронических заболеваний и их обострений, травм, отравлений;
- направление пациента для консультаций к участковому врачу-терапевту, врачу общей практики (семейному врачу), участковому врачу-педиатру и врачам-специалистам;
- проведение осмотра беременных женщин в случае физиологически протекающей беременности и направление на пренатальный скрининг для формирования групп риска по хромосомным нарушениям и врожденным аномалиям (порокам развития) у плода;
- определение медицинских показаний для оказания первичной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи, а также паллиативной помощи;
- выявление предраковых заболеваний и злокачественных новообразований, визуальных и пальпаторных локализаций и направление пациентов с подозрением на злокачественное образование и с предраковыми заболеваниями в первичный онкологический

кабинет медицинской организации в соответствии с порядком оказания медицинской помощи населению по профилю "онкология";

- составление плана лечения пациентов с хроническими неосложненными заболеваниями и (или) состояниями и их обострениями, травмами, отравлениями;
- назначение немедикаментозного лечения с учетом диагноза и клинической картины заболеваний и (или) состояний;
- оценка эффективности и безопасности немедикаментозного лечения;
- отпуска и применения лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты, в случае возложения на фельдшера отдельных функций лечащего врача пациентам, нуждающимся в лечении и обезболивании;
- реализации лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи;
- направление пациентов с хроническими заболеваниями, в том числе состоящих под диспансерным наблюдением, к участковому врачу-терапевту, врачу общей практики (семейному врачу) или участковому врачу-педиатру и врачам-специалистам с целью коррекции лечения и плана диспансерного наблюдения;
- обеспечение своевременной госпитализации пациентов, нуждающихся в оказании стационарной медицинской помощи, в том числе женщин с патологией беременности, а также медицинской эвакуации рожениц и родильниц в родильное отделение; обеспечение рецептами на лекарственные препараты;
- направление пациентов в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях, при наличии медицинских показаний;
- ведение физиологических родов; проведение динамического наблюдения за пациентом при высоком риске развития хронических заболеваний и при хронических заболеваниях и (или) состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, по назначению врача;
- посещение пациентов на дому с целью динамического наблюдения за состоянием пациентов, течением заболевания, проведения измерения и оценки показателей жизнедеятельности пациентов в динамике, интерпретации полученных данных;
- проведение экспертизы временной нетрудоспособности в соответствии с нормативными правовыми актами;
- оформление и выдача пациенту листка временной нетрудоспособности, в том числе в форме электронного документа;
- подготовка документов для направления пациента на медико-социальную экспертизу в соответствии с нормативными правовыми актами.

**уметь:**

- осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациентов (их законных представителей); интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей);
- оценивать анатомо-функциональное состояние органов и систем организма пациента с учетом возрастных особенностей;
- проводить физикальное обследование пациента, включая: осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию оценивать состояние пациента;
- оценивать анатомо-функциональное состояние органов и систем организма пациента с учетом возрастных особенностей и заболевания, проводить: общий визуальный осмотр пациента, осмотр полости рта, осмотр верхних дыхательных путей с использованием дополнительных источников света, шпателя и зеркал, измерение роста, измерение массы тела, измерение основных анатомических окружностей, измерение окружности головы, измерение окружности грудной клетки, измерение толщины кожной складки (пликометрия);
- проводить осмотр беременных женщин и направлять на пренатальный скрининг в случае физиологически протекающей беременности для формирования групп риска по хромосомным нарушениям и врожденным аномалиям (порокам развития) у плода;
- интерпретировать и анализировать результаты физикального обследования с учетом возрастных особенностей и заболевания: термометрию общую, измерение частоты дыхания, измерение частоты сердцебиения, исследование пульса, исследование пульса методом мониторирувания, измерение артериального давления на периферических артериях, суточное мониторирувание артериального давления, регистрацию электрокардиограммы, прикроватное мониторирувание жизненных функций и параметров, оценку поведения пациента с психическими расстройствами; проводить диагностику неосложненных острых заболеваний и (или) состояний, хронических заболеваний и их обострений, травм, отравлений у взрослых и детей;
- выявлять пациентов с повышенным риском развития злокачественных новообразований, с признаками предраковых заболеваний и злокачественных новообразований и направлять пациентов с подозрением на злокачественную опухоль и с предраковыми заболеваниями в первичный онкологический кабинет медицинской организации в соответствии с порядком оказания медицинской помощи населению по профилю "онкология";
- обосновывать и планировать объем инструментальных и лабораторных исследований с учетом возрастных особенностей и наличия заболеваний;
- интерпретировать и анализировать результаты инструментальных и лабораторных обследований с учетом возрастных особенностей и наличия заболеваний;

- обосновывать необходимость направления пациентов к участковому врачу терапевту, врачу общей практики (семейному врачу), участковому врачупедиатру и врачам-специалистам с учетом возрастных особенностей и наличия заболеваний;
- определять медицинские показания для оказания медицинской помощи с учетом возрастных особенностей;
- формулировать предварительный диагноз в соответствии с международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;
- разрабатывать план лечения пациентов с хроническими неосложненными заболеваниями и (или) состояниями и их обострениями, травмами, отравлениями;
- оформлять рецепт на лекарственные препараты, медицинские изделия и специальные продукты лечебного питания;
- применять лекарственные препараты, специальные продукты лечебного питания и медицинские изделия при заболеваниях и (или) состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, с учетом возрастных особенностей, в том числе по назначению врача;
- назначать немедикаментозное лечение с учетом диагноза и клинической картины заболевания;
- проводить следующие медицинские манипуляции и процедуры: ингаляторное введение лекарственных препаратов и кислорода;
- ингаляторное введение лекарственных препаратов через небулайзер;
- установка и замена инсулиновой помпы; пособие при парентеральном введении лекарственных препаратов;
- пункция, катетеризация кубитальной и других периферических вен; внутривенное введение лекарственных препаратов;
- непрерывное внутривенное введение лекарственных препаратов; внутрисосудистое введение в центральный венозный катетер антисептиков и лекарственных препаратов;
- уход за сосудистым катетером; проводить введение лекарственных препаратов: подкожно, внутримышечно, подкожно, в очаг поражения кожи; внутримышечно;
- внутримышечно, используя специальную укладку для внутримышечного доступа, внутрисуставное, околоушное;
- интраназально, в наружный слуховой проход;
- втиранием растворов в волосистую часть головы;
- с помощью глазных ванночек с растворами лекарственных препаратов;
- инстилляцией лекарственных препаратов в конъюнктивную полость; интравaginaльно, ректально, с помощью клизмы;
- предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, и немедикаментозного лечения;

- осуществлять отпуск и применение лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты, в случае возложения на фельдшера отдельных функций лечащего врача пациентам, нуждающимся в лечении и обезболивании;
- направлять пациентов в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях, при наличии медицинских показаний;
- вести физиологические роды; вести учет лекарственных препаратов; проводить мониторинг течения заболевания, корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения заболевания; оценивать эффективность и безопасность назначенного лечения;
- проводить посещение пациента на дому с целью динамического наблюдения за состоянием пациента, течением заболевания;
- проводить измерение и оценку показателей жизнедеятельности пациентов в динамике, интерпретировать полученные данные;
- определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функций организма, обусловленного заболеваниями, последствиями травм или дефектами;
- оформлять листок временной нетрудоспособности, в том числе, в форме электронного документа;
- оформлять документы для направления пациента на медико-социальную экспертизу в соответствии с нормативными правовыми актами.

**знать:**

- клиническое значение и методику сбора жалоб и анамнеза у пациентов или их законных представителей;
- закономерности функционирования здорового организма человека с учетом возрастных особенностей и механизмы обеспечения здоровья с позиции теории функциональных систем;
- особенности регуляции функциональных систем организма человека при патологических процессах; правила и цели проведения амбулаторного приема и активного посещения пациентов на дому;
- клиническое значение методики проведения медицинских осмотров и обследования пациента; методика расспроса, осмотра пациента с учетом возрастных особенностей и заболевания;
- клинические признаки и методы диагностики заболеваний и (или) состояний у детей и взрослых, протекающих без явных признаков угрозы жизни и не требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме;
- клиническое значение основных методов лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья,

- медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов;
- признаки физиологически нормально протекающей беременности; этиологию, патогенез, клиническую картину, дифференциальную диагностику, особенности течения, осложнения и исходы наиболее распространенных острых и хронических заболеваний и (или) состояний;
  - международную статистическую классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем;
  - медицинские показания к оказанию первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара;
  - медицинские показания и порядок направления пациента на консультации к участковому врачу-терапевту, врачу общей практики (семейному врачу), участковому врачу-педиатру и врачам-специалистам;
  - медицинские показания к оказанию специализированной медицинской помощи в стационарных условиях;
  - порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения), стандарты медицинской помощи, технологии выполнения простых медицинских услуг; порядок назначения, учёта и хранения лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания в соответствии с нормативными правовыми актами;
  - методы применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания при заболеваниях и (или) состояниях у детей и взрослых;
  - механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению лекарственных препаратов, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции на введение лекарственных препаратов;
  - методы немедикаментозного лечения: медицинские показания и медицинские противопоказания, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции;
  - механизм действия немедикаментозных методов лечения (физиотерапевтическое лечение, лечебная физкультура, массаж, иглорефлексотерапия, бальнеотерапии, психотерапия);
  - нормативные правовые акты, регулирующие обращение лекарственных средств, товаров аптечного ассортимента, рецептов, отпуск лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты, медицинских изделий, а также их хранение;



- требования к ведению предметно-количественного учета лекарственных препаратов;
- порядок ведения физиологических родов;
- принципы, цели и объем динамического наблюдения пациентов, с высоким риском развития или наличием заболеваний с учетом возрастных особенностей;
- нормативно-правовые документы, регламентирующие порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности; критерии временной нетрудоспособности, порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности;
- правила оформления и продления листка нетрудоспособности, в том числе, в форме электронного документа;
- классификация и критерии стойкого нарушения функций организма, обусловленного заболеваниями, последствиями травм или дефектами, порядок направления пациента на медико-социальную экспертизу при стойком нарушении функций организма.

Результатом освоения программы профессионального модуля является овладение обучающимися видом деятельности «Лечебная деятельность», в том числе профессиональными (ПК) и общими (ОК):

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 7. Брать на себя ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий.

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, планировать и осуществлять повышение квалификации.

ОК 9. Ориентироваться в условиях смены технологий в профессиональной деятельности.

ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.

ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по

отношению к природе, обществу и человеку.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

ПК 2.1. Определять программу лечения пациентов различных возрастных групп.

ПК 2.2. Определять тактику ведения пациента.

ПК 2.3. Выполнять лечебные вмешательства.

ПК 2.4. Проводить контроль эффективности лечения.

ПК 2.5. Осуществлять контроль состояния пациента.

ПК 2.6. Организовывать специализированный сестринский уход за пациентом.

ПК 2.7. Организовывать оказание психологической помощи пациенту и его окружению.

ПК 2.8. Оформлять медицинскую документацию.

## **2. Перечень компетенций, формируемых в рамках изучения профессионального модуля**

	Контролируемые разделы (темы) дисциплины*	Код контролируемой компетенции (или ее части)	Наименование оценочного средства
	Тема 1.1. Введение. Международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем	ОК 01-ОК 09 ПК2.1-ПК2.8 ЛР1-ЛР9	Устный опрос
	Тема 1.2. Организация диагностических и лечебных мероприятий	ОК 01-ОК 09 ПК2.1-ПК2.8 ЛР1-ЛР9	Устный опрос
	Тема 1.3. Экспертиза временной нетрудоспособности и медико-социальная экспертиза	ОК 01-ОК 09 ПК2.1-ПК2.8 ЛР1-ЛР9	Решение ситуационных задач.
	Тема 1.4. Субъективные и объективные методы обследования пациента	ОК 01-ОК 09 ПК2.1-ПК2.8 ЛР1-ЛР9	Устный контроль. Кейс-задача реферат
	Тема 1.5. Дополнительные методы обследования пациента	ОК 01-ОК 09 ПК2.1-ПК2.8 ЛР1-ЛР9	Решение ситуационных задач.
	Тема 1.6. Методы обследования пациента с патологией органов дыхания	ОК 01-ОК 09 ПК2.1-ПК2.8 ЛР1-ЛР9	Решение ситуационных задач.
	Тема 1.9. Методы обследования пациента с патологией эндокринных органов, системы	ОК 01-ОК 09 ПК2.1-ПК2.8 ЛР1-ЛР9	Устный контроль реферат.

	кроветворения, костно-мышечной системы, соединительной ткани		
	Тема 1.10. Диагностика и лечение заболеваний органов дыхания	ОК 01-ОК 09 ПК2.1-ПК2.8ЛР1-ЛР9	Решение ситуационных задач.
	Тема 1.11. Диагностика и лечение заболеваний системы кровообращения	ОК 01-ОК 09 ПК2.1-ПК2.8ЛР1-ЛР9	Устный контроль. Кейс-задача Ситуационная задача
	Тема 1.12. Диагностика и лечение заболеваний органов пищеварения	ОК 01-ОК 09 ПК2.1-ПК2.8ЛР1-ЛР9	Решение ситуационных задач. реферат
	Тема 1.13. Диагностика и лечение заболеваний органов мочевого выделения	ОК 01-ОК 09 ПК2.1-ПК2.8ЛР1-ЛР9	Устный контроль. Кейс-задача Ситуационная задача
	Тема 1.14. Диагностика и лечение заболеваний эндокринных органов	ОК 01-ОК 09 ПК2.1-ПК2.8ЛР1-ЛР9	Устный контроль. Кейс-задача Ситуационная задача
	Тема 1.15. Диагностика и лечение заболеваний крови и кроветворных органов	ОК 01-ОК 09 ПК2.1-ПК2.8ЛР1-ЛР9	Устный контроль. Кейс-задача Ситуационная задача
	Тема 1.16. Диагностика и лечение заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани	ОК 01-ОК 09 ПК2.1-ПК2.8ЛР1-ЛР9	Устный контроль. Кейс-задача Ситуационная задача
	Тема 1.17. Диагностика и лечение заболеваний нервной системы	ОК 01-ОК 09 ПК2.1-ПК2.8ЛР1-ЛР9	Устный контроль. Кейс-задача Ситуационная задача
	Тема 1.18. Диагностика и лечение психических расстройств и расстройств поведения	ОК 01-ОК 09 ПК2.1-ПК2.8ЛР1-ЛР9	Устный контроль. Кейс-задача Ситуационная задача
	Тема 1.19. Диагностика и лечение заболеваний кожи	ОК 01-ОК 09 ПК2.1-ПК2.8ЛР1-ЛР9	Устный контроль. Кейс-задача Ситуационная задача
	Тема 1.20. Диагностика и	ОК 01-ОК 09 ПК2.1-ПК2.8ЛР1-ЛР9	Устный контроль. Кейс-

	лечение инфекций, передающихся преимущественно половым путем.		задача Ситуационная задача
	Тема 1.21. Диагностика и лечение кишечных инфекций	ОК 01-ОК 09 ПК2.1-ПК2.8ЛР1-ЛР9	Устный контроль. Кейс-задача Ситуационная задача
	Тема 1.22. Диагностика и лечение инфекций, передающихся преимущественно воздушно-капельным путем	ОК 01-ОК 09 ПК2.1-ПК2.8ЛР1-ЛР9	Устный контроль. Кейс-задача Ситуационная задача
	Тема 1.23 Диагностика и лечение риккетсиозов, вирусных лихорадок.	ОК 01-ОК 09 ПК2.1-ПК2.8ЛР1-ЛР9	Устный контроль. Ситуационная задача
	Тема 1.24. Диагностика и лечение зоонозных инфекций	ОК 01-ОК 09 ПК2.1-ПК2.8ЛР1-ЛР9	Устный контроль. Ситуационная задача
	Тема 1.25. Диагностика и лечение некоторых бактериальных инфекций	ОК 01-ОК 09 ПК2.1-ПК2.8ЛР1-ЛР9	Устный контроль. Ситуационная задача
	Тема 1.26. Диагностика и лечение паразитарных заболеваний	ОК 01-ОК 09 ПК2.1-ПК2.8ЛР1-ЛР9	Устный контроль. Кейс-задача Ситуационная задача
	Тема 2.1. Организация оказания хирургической помощи. Пропедевтика заболеваний Хирургического профиля. Десмургия.	ОК 01-ОК 09 ПК2.1-ПК2.8ЛР1-ЛР9	Устный контроль. Кейс-задача Ситуационная задача
	Тема 2.2. Диагностика и лечение ран, кровотечений	ОК 01-ОК 09 ПК2.1-ПК2.8ЛР1-ЛР9	Устный контроль. Кейс-задача Ситуационная задача
	Тема 2.3. Диагностика и лечение от острой и хронической хирургической инфекции	ОК 01-ОК 09 ПК2.1-ПК2.8ЛР1-ЛР9	Устный контроль. Кейс-задача Ситуационная задача
	Тема 2.4. Диагностика и лечение хирургических заболеваний головы, лица, полости рта	ОК 01-ОК 09 ПК2.1-ПК2.8ЛР1-ЛР9	Устный контроль. Кейс-задача Ситуационная задача
	Тема 2.5. Диагностика и лечение	ОК 01-ОК 09 ПК2.1-	Устный

	хирургических заболеваний шеи, трахеи, пищевода	ПК2.8ЛР1-ЛР9	контроль. Кейс-задача Ситуационная задача
	Тема 2.6. Диагностика и лечение хирургических заболеваний и травм грудной клетки	ОК 01-ОК 09 ПК2.1-ПК2.8ЛР1-ЛР9	Устный контроль. Кейс-задача Ситуационная задача
	Тема 2.7. Диагностика и лечение травм живота и хирургических заболеваний органов брюшной полости	ОК 01-ОК 09 ПК2.1-ПК2.8ЛР1-ЛР9	Устный контроль. Кейс-задача Ситуационная задача
	Тема 2.8 Диагностика и лечение хирургических заболеваний травм прямой кишки.	ОК 01-ОК 09 ПК2.1-ПК2.8ЛР1-ЛР9	Устный контроль. Кейс-задача Ситуационная задача
	Тема 2.9. Диагностика и лечение травм и хирургических заболеваний органов мочеполовой системы.	ОК 01-ОК 09 ПК2.1-ПК2.8ЛР1-ЛР9	Устный контроль. Кейс-задача Ситуационная задача
	Тема 2.10. Диагностика и лечение травм опорно-двигательного аппарата, позвоночника и костей таза.	ОК 01-ОК 09 ПК2.1-ПК2.8ЛР1-ЛР9	Устный контроль. Кейс-задача Ситуационная задача
	Тема 2.11. Диагностика и принципы лечения онкологических заболеваний	ОК 01-ОК 09 ПК2.1-ПК2.8ЛР1-ЛР9	Устный контроль. Кейс-задача Ситуационная задача
	Тема 3.1. Пропедевтика детских болезней	ОК 01-ОК 09 ПК2.1-ПК2.8ЛР1-ЛР9	Устный контроль. Кейс-задача Ситуационная задача
	Тема 3.2. Диагностика и лечение заболеваний у детей раннего возраста	ОК 01-ОК 09 ПК2.1-ПК2.8ЛР1-ЛР9	Устный контроль. Кейс-задача Ситуационная задача
	Тема 3.3. Диагностика и лечение заболеваний органов дыхания и системы кровообращения у детей	ОК 01-ОК 09 ПК2.1-ПК2.8ЛР1-ЛР9	Устный контроль. Кейс-задача Ситуационная задача
	Тема 3.4. Диагностика и лечение заболеваний органов	ОК 01-ОК 09 ПК2.1-ПК2.8ЛР1-ЛР9	Устный контроль. Кейс-

	пищеварения, мочевыделения, системы крови и эндокринных органов у детей.		задача Ситуационная задача
	Тема 3.5. Диагностика и лечение инфекционных и паразитарных заболеваний у детей	ОК 01-ОК 09 ПК2.1-ПК2.8ЛР1-ЛР9	Устный контроль. Кейс-задача Ситуационная задача
	Тема 4.1. Методы обследования в акушерстве и гинекологии. Диагностика и ведение беременности	ОК 01-ОК 09 ПК2.1-ПК2.8ЛР1-ЛР9	Устный контроль. Кейс-задача Ситуационная задача
	Тема 4.2. Диагностика и лечение осложнений беременности	ОК 01-ОК 09 ПК2.1-ПК2.8ЛР1-ЛР9	Устный контроль. Кейс-задача Ситуационная задача
	Тема 4.3. Физиологические роды	ОК 01-ОК 09 ПК2.1-ПК2.8ЛР1-ЛР9	Устный контроль. Кейс-задача Ситуационная задача
	Тема 4.4. Осложнения родов и послеродового периода	ОК 01-ОК 09 ПК2.1-ПК2.8ЛР1-ЛР9	Устный контроль. Кейс-задача Ситуационная задача
	Тема 4.5. Диагностика и лечение невоспалительных гинекологических заболеваний	ОК 01-ОК 09 ПК2.1-ПК2.8ЛР1-ЛР9	Устный контроль. Кейс-задача Ситуационная задача

\* Наименование темы (раздела) или тем (разделов) берется из рабочей программы дисциплины.

### 3.Описание перечня оценочных средств и критериев оценивания компетенций на различных этапах формирования

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде
1	2	3	4
1	Кейс-задача	Проблемное задание, в котором обучающемуся предлагают осмыслить реальную профессионально-ориентированную ситуацию, необходимую для решения данной	Задания для решения кейс-задачи

		проблемы	
2	Разноуровневые задачи и задания	<p>Различают задачи и задания:</p> <p>а) репродуктивного уровня, позволяющие оценивать и диагностировать знание фактического материала (базовые понятия, алгоритмы, факты) и умение правильно использовать специальные термины и понятия, узнавание объектов изучения в рамках определенного раздела дисциплины;</p> <p>б) реконструктивного уровня, позволяющие оценивать и диагностировать умения синтезировать, анализировать, обобщать фактический и теоретический материал с формулированием конкретных выводов, установлением причинно-следственных связей;</p> <p>в) творческого уровня, позволяющие оценивать и диагностировать умения, интегрировать знания различных областей, аргументировать собственную точку зрения.</p>	Комплект разноуровневых задач и заданий
3	Реферат	Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.	Темы рефератов
4	Устный опрос	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Вопросы по темам/разделам дисциплины
5	Тест	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Фонд тестовых заданий

**4. Оценочные средства характеризующие этапы формирования компетенций в процессе освоения профессионального модуля МДК 02.01. Проведение медицинского обследования с целью диагностики, назначения и проведения лечения заболеваний терапевтического профиля**

**Вопросы для устного опроса.**

1. Приспособление и компенсация. Общее представление об особенностях приспособления в условиях физиологии и патологии. Механизмы и стадии компенсаторно-приспособительных реакций. понятий, виды и их характеристика.
2. Гипертрофии и гиперплазии, определение
3. Причины и механизмы развития гипертрофии, морфологические проявления.
4. Регенерация, понятие, ее виды, условия, влияющие на регенерацию тканей.
5. Реактивность, как внутренний фактор организма.
6. Виды и формы реактивности.
7. Роль реактивности организма в возникновении, течении и исходе болезней.
8. Конституция, ее типы. Значение конституциональных особенностей в возникновении болезней.
9. Роль наследственности в патологии. Причины и виды наследственной патологии.
10. Паренхиматозные дистрофии: (белковые, жировые, углеводные) - виды, причины, морфологические проявления, исходы.
11. Мезенхимальные дистрофии; (белковые, жировые, углеводные) - виды, причины, морфологические проявления, исходы.
12. Микроциркуляторное русло. Основные причины и механизмы нарушения микроциркуляции: внутрисосудистые, сосудистые и внесосудистые.
13. Понятие о сладже, стазе и ДВС - синдроме.
14. Нарушения периферического кровообращения: артериальная гиперемия, определение, причины, виды, механизмы возникновения. Клинико-морфологические проявления, исходы.
15. Венозная гиперемия, местных и общих причинных факторов, механизмов развития.
16. Особенности развития и проявления венозной гиперемии в разных органах (легких, печени), значение для организма.



17. Ишемия, инфаркт, их причины и значение для организма.
18. Основные стадии воспаления (альтерация, экссудация, пролиферация), их механизмов развития.
19. Атипичная пневмония: характеристика возбудителей, особенности антибактериальной терапии.
20. Особенности диагностики и лечения внебольничной пневмонии тяжелого течения.
21. Немедикаментозные методы реабилитации больных хроническим бронхитом.
22. Применение различных муколитиков в лечении хронического бронхита.
23. Аспириновая астма: диагностика и принципы лечения.
24. Астма физического усилия: диагностика, клиника и лечение
25. особенности лечения различных вариантов острой ревматической лихорадки.
26. Малая хорей: особенности диагностики и лечения.
27. Дополнительные методы диагностики при митральных или аортальных пороках сердца.
28. Интервенционные и хирургические методы лечения митральных или аортальных пороков сердца.
29. Дегенеративная болезнь аортального клапана.
30. Этиологические факторы развития инфекционного эндокардита, спектр бактериальных возбудителей и устойчивость к антибиотикам.
31. Сравнительная характеристика критериев диагностики инфекционного эндокардита.
32. Клинические «маски» инфекционного эндокардита.
33. Место бета-блокаторов в лечении стабильной стенокардии.
34. Нагрузочные пробы в диагностике стабильной стенокардии.
35. Хирургические и интервенционные методы лечения ИБС.
36. Тромболитическая терапия: показания, противопоказания, современные препараты, режимы дозирования.
37. Осложнения острого инфаркта миокарда.
38. Медикаментозная терапия в остром периоде инфаркта миокарда.
39. Диагностика симптоматической артериальной гипертензии.
40. Осложнения артериальной гипертензии.
41. Немедикаментозное лечение гипертонической болезни.
42. Редкие и труднодиагностируемые нарушения ритма и проводимости.
43. Антикоагулянтная и антиагрегантная терапия у больных с мерцательной аритмией.
44. Интервенционные методы лечения наджелудочковых и желудочковых нарушений ритма.
45. Особенности лечения хронической сердечной недостаточности ишемического генеза.
46. Особенности лечения хронической сердечной недостаточности неишемического генеза.

47. Интервенционные и хирургические методы лечения хронической сердечной недостаточности.
48. Пищевод Баретта.
49. Методы определения *Helicobacter pylori*.
50. Синдром Золингера–Эллисона.
51. Демпинг-синдром после резекции желудка по поводу язвенной болезни.
52. Современные подходы к противовирусной терапии гепатита С.
53. Методы диагностики вирусных гепатитов В и С.
54. Диагностика и лечение аутоиммунного гепатита.
55. Гепаторенальный синдром при циррозе печени.
56. Клинические проявления печеночной энцефалопатии у больных циррозом печени и их коррекция.
57. Противовирусная терапия у больных циррозом печени вирусной этиологии.
58. Дисфункция желчного пузыря: критерии диагностики, методы лечения.
59. Современные подходы к лечению хронического бескаменного холецистита.
60. Билиарный сладж: клинические проявления, прогноз, подходы к терапии.
61. Дисфункция сфинктера Одди.
62. Методы воздействия на процесс внутриклеточной активации ферментов при обострении хронического панкреатита.
63. Лекарственные формы препаратов двухвалентного железа для лечения железодефицитной анемии.
64. Показания для выбора тактики лечения железодефицитной анемии.
65. Болезнь Имерслунд-Гресбека как причина развития В<sub>12</sub> дефицитной анемии.
- Современные представления о патогенезе ревматоидного артрита.
66. Варианты суставного синдрома у больных ревматоидным артритом.
67. Болезнь модифицирующая терапия ревматоидного артрита, современные аспекты.
68. Поражение сердца у больных СКВ (клиника, диагностика, принципы лечения).
69. Кожный синдром при СКВ.
70. Длительная терапия глюкокортикостероидами, принципы мониторинга, побочные эффекты.

**МДК 02.02. Проведение медицинского обследования с целью  
диагностики, назначения и проведения лечения заболеваний  
хирургического профиля**

1. Асептика Методы обработки рук хирурга
2. Контроль качества стерилизации
3. Целесообразность применения современных шовных материалов и одноразового белья и инструментария

4. Организация работы в операционном блоке
5. Антисептика. Понятие о дренировании раны, дренирующих устройствах и современных дренажах.
6. Способы дренирования раны (современные представления)
7. Современные перевязочные материалы как компонент комбинированной антисептики
8. Понятие о биологической антисептике и её компонентах
9. Современные представления о химической антисептике
10. Обезболивание 1. Исторические аспекты проблемы анальгезии
11. Понятие о премедикации
12. Фармакологические характеристики современных препаратов для наркоза
13. Реанимация и интенсивная терапия. Понятие о клинической и биологической смерти
14. Проблема эвтаназии в современном обществе
15. Констатация биологической смерти пациента и правила обращения с трупом
16. Комплексная терапия шока. Особенности лечения в зависимости от этиологии шока
17. Кровотечение. Самопроизвольные методы остановки кровотечения
18. Интраоперационные методы остановки кровотечения
19. Современные средства и препараты остановки кровотечения для местного применения
20. Остановка кровотечения при оказании доврачебной помощи
21. Кровотечения из желудочно-кишечного тракта
22. Переливание крови 1. Исторические аспекты переливания крови. Понятие о группах крови человека
23. Использование кровезаменителей в современной хирургической практике
24. Посттрансфузионные реакции
25. Посттрансфузионные осложнения
26. Проблема донорства в России и организация заготовки крови
27. Закрытые повреждения мягких тканей, головы, органов груди и брюшной полости. Синдром длительного сдавления
28. Внутричерепные кровотечения и дополнительные методы исследования.
29. Лечение закрытых травм черепа
30. Спинно-мозговая пункция: техника выполнения, значимость как диагностического метода
31. Диагностическая лапароскопия: информативность, показания и методика выполнения
32. Переломы и вывихи 1. Переломы и вывихи как основной вид травм военного и мирного времени. Понятие о травматизме
33. Классификация и виды переломов, механизмы смещения костных отломков
34. Оперативное лечение переломов: показания, основные этапы операции

35. Особенности оказания доврачебной помощи при подозрении на перелом или вывих
36. Особенности обследования травматологического больного
37. Рентгенодиагностика переломов и вывихов
38. Особенности переломов у детей
39. Раны 1. Современные принципы лечения гнойных ран
40. Огнестрельная рана, особенности морфологии раны, тактика лечения
41. Укушенные раны, особенности в зависимости от генеза, тактика лечения
42. Понятие об антирабической вакцинации
43. Противостолбнячная вакцинация (экстренная и плановая профилактика)
44. Термические поражения 1. Химические ожоги кожи: происхождение, особенности, оказание доврачебной и взаимопомощи
45. Химические ожоги слизистых ЖКТ: особенности оказания первой помощи
46. Химические ожоги слизистых ЖКТ: лечение пострадавших (бужирование, восстановительные операции)
47. Опухоли 1. Понятие о предраковых заболеваниях (облигатные, факультативные), степени клеточного полиморфизма
48. Структура онкологической помощи в России и преемственность в лечении онкологических больных
49. Морфологическое исследование как главный этап верификации диагноза
50. Доброкачественные опухоли, показания к хирургическому лечению, этапы вмешательства
51. Гнойные заболевания мягких тканей, железистых органов, и обширных клетчаточных пространств 1. Паротит: клиника, диагностика, особенности профилактики и лечения
52. Особенности гнойных заболеваний мягких тканей у наркоманов
53. Дополнительные методы обследования при диагностике гнойных заболеваний мягких тканей
54. Дополнительные методы обследования при диагностике гнойных заболеваний обширных клетчаточных пространств
55. Профилактика послеродовых маститов и особенности лечения лактостаза
56. Паранотит: клиника, особенности и профилактика лечения
57. Гнойные заболевания мягких тканей как осложнение послеоперационного периода
58. Принципы комплексного лечения гнойных заболеваний
59. Современные представления о роже
60. Гнойные заболевания пальцев и кисти 1. Производственные и бытовые травмы как причина гнойных заболеваний пальцев и кисти
61. Особенности анатомического строения кисти и пальцев
62. Особенности оперативных вмешательств на кисти и пальцах, виды анестезии, используемые при них

63. Послеоперационное ведение пациентов с гнойными заболеваниями пальцев и кисти, принципы медикаментозного лечения и реабилитации больных
64. Гнойные заболевания костей и суставов 1. Первично-хронические формы остеомиелита – патологоанатомические характеристики
65. Дифференциальная диагностика гематогенного и посттравматического остеомиелита
66. Оперативные вмешательства, выполняемые при остеомиелите  
Особенности послеоперационного ведения больных с остеомиелитом (лечение, уход)
67. Гнойные заболевания серозных полостей 1. Этапы оперативного вмешательства при перитоните
68. Воспаление серозной полости сустава – артриты, бурситы (этиология, диагностика, особенности лечения)
69. Комплексное лечение и уход у больных с перитонитом в послеоперационном периоде
70. Экстракорпоральные методы детоксикации при перитоните
71. Травмы грудной клетки и заболевания легких как причина развития плевритов, которые могут осложнять течение этих заболеваний и травм
72. Оперативные вмешательства при эмпиеме плевры. Показания, этапы выполнения
73. Осложнения перитонита: гнойники брюшной полости, кишечные свищи, сепсис (причины, наиболее часто приводящие к их возникновению)
74. Специфическая хирургическая инфекция 1. Патоморфологические изменения в костях и суставах при туберкулезе
75. Костно-суставной туберкулезный санаторий: условия быта, учебы и лечения
76. Костно-суставной туберкулез как один из видов внелегочного туберкулеза. Патогенез костно-суставных поражений
77. Особенности консервативного лечения костно-суставного туберкулеза
78. Методики и основные этапы оперативных вмешательств, выполняемых при костно-суставном туберкулезе
79. Послеоперационное ведение и уход за больными с костно-суставным туберкулезом
80. Эпидемиология паразитарных заболеваний, группы риска
81. Цикл развития эхинококка как животного паразита
82. Методики и основные этапы оперативных вмешательств при эхинококкозе
83. Паразитарные заболевания в практике хирурга
84. Анаэробная инфекция 1. Микробиологическая характеристика основных возбудителей анаэробной инфекции
85. Микробиологическая характеристика гнойного очага и диагностика анаэробной инфекции

86. Особенности оперативных вмешательств при анаэробной инфекции
87. Современные принципы комплексного лечения анаэробной инфекции (антибактериальные препараты, понятие о ГБО)
88. Хирургические заболевания периферических сосудов 1. Дифференциальная диагностика атеросклероза и эндартериита
89. Нарушение мезентериального кровообращения как одно из проявлений универсального атеросклероза
90. Современные представления об ангиотропной терапии
91. Некроз как декомпенсация артериального кровообращения (патоморфологическая характеристика). Понятие о гангрене
92. Ампутация – оперативное лечение гангрены, виды вмешательств, этапы операции
93. Оперативные вмешательства при варикозной болезни вен нижних конечностей
94. Понятие о трофических язвах нижних конечностей и современные представления о лечении
95. Лимфостаз: этиология, патогенез, клиника и лечение
96. Хирургический сепсис. Этиология и патогенез
97. Клиника и диагностика септических гнойных очагов
98. Основные принципы комплексного лечения хирургического сепсиса
99. Амбулаторная хирургия. Задачи, решаемые врачом хирургического кабинета
100. Перечень основного оснащения медицинской техникой городской поликлиники
101. Понятие о диспансеризации взрослого населения
102. Многоуровневая система оказания помощи больным хирургического профиля
103. Центр амбулаторной хирургии
104. Особенности оперативного лечения в ЦАХ
105. Рак легкого. Этиопатогенез рака легкого и предраковых заболеваний. Симптоматика различных форм рака легкого
106. Симптоматика различных форм рака легкого. Методы диагностики рака легкого
107. Показания и противопоказания к хирургическому лечению рака легкого, предоперационная подготовка, методы операций
108. Послеоперационный период, отдаленные результаты
109. Острый аппендицит 1. Особенности клиники и диагностики острого аппендицита при нетипичном расположении отростка
110. Особенности клиники и диагностики острого аппендицита у пожилых пациентов, детей, беременных женщин
111. Осложнения острого аппендицита: аппендикулярный инфильтрат, периаппендикулярный абсцесс, пилефлебит
112. Послеоперационные осложнения острого аппендицита, клиника, диагностика, лечение

113. Грыжи брюшной стенки. Классификация, этиопатогенез грыж брюшной стенки
114. Диагностика и хирургическое лечение паховых грыж, методы операций и основные этапы
115. Диагностика бедренных грыж
116. Пупочные грыжи
117. Грыжи белой линии живота
118. Острый холецистит 1. Этиология и патогенез острого холецистита
119. Классификация и клиника острого холецистита
120. Диагностика и методы обследования больных с патологией желчного пузыря
121. Дифференциальная диагностика острого холецистита с другими экстренными заболеваниями органов брюшной полости
122. Тактика хирурга при остром холецистите
123. Показания к холецистэктомии и холецистостомии
124. Показания к дренированию общего желчного протока
125. Острый панкреатит. Предрасполагающие причины для развития острого панкреатита
126. Клиника острого панкреатита: ранние симптомы и симптомы прогрессирующего панкреатита
127. Дифференциальная диагностика острого панкреатита
128. Принципы консервативного лечения острого панкреатита
129. Показания к оперативному лечению острого панкреатита, виды вмешательств, основные этапы, исходы
130. Заболевания прямой кишки. Причины, способствующие возникновению геморроя и трещин прямой кишки
131. Выпадение прямой кишки, патогенез, классификация
132. Клиника и методы диагностики заболеваний прямой кишки (геморрой, трещины, выпадение)
133. Консервативные методы лечения заболеваний прямой кишки
134. Основные виды оперативных вмешательств при заболеваниях прямой кишки
135. Послеоперационное ведение больных с геморроем и выпадением прямой кишки
136. Понятие об остром парапроктите, клиника, диагностика, этапы операции и послеоперационное ведение
137. Рак ободочной и прямой кишки 1. Анатомо-функциональные характеристики толстой и прямой кишок (отделы, расположение по отношению к брюшине, кровоснабжение, строение стенки)
138. Предраковые заболевания толстой и прямой кишок
139. Клиника и диагностика рака толстой и прямой кишок в зависимости от локализации и стадии
140. Предоперационная подготовка и методы хирургического лечения рака толстой и прямой кишок. Послеоперационные осложнения и их лечение

141. Эмпиема плевры. Этиопатогенез эмпием плевры
142. Лечение острых эмпием плевры
143. Методы лечения хронической эмпиемы плевры
144. Предоперационная подготовка больных с эмпиемой плевры, методы обезболивания
145. Виды хирургических вмешательств при эмпиеме плевры
146. Хирургическое лечение гнойных заболеваний легких. Этиопатогенез нагноительных заболеваний легких
147. Клиническая картина бронхоэктазий, абсцессов, кист легких
148. Методы диагностики гнойных заболеваний легких
149. Консервативные методы лечения гнойных заболеваний легких
150. Показания к хирургическому лечению при гнойных заболеваниях легких
151. Методы хирургического лечения бронхоэктазий, абсцессов, кист и туберкулеза легких
152. Желудочно-кишечные кровотечения. История вопроса лечения острых желудочно-кишечных кровотечений
153. Роль отечественных хирургов в разработке вопросов диагностики, тактики и лечения желудочно-кишечных кровотечений
154. Группы желудочно-кишечных кровотечений по происхождению
155. Причины неязвенных желудочно-кишечных кровотечений
156. Консервативные методы остановки желудочно-кишечных кровотечений, методы контроля эффективности
157. Определение тяжести желудочно-кишечных кровотечений, методы возмещения кровопотери
158. Методы оперативного лечения желудочно-кишечных кровотечений
159. Современные методы диагностики желудочно-кишечных кровотечений
160. Заболевания вен. Клиника варикозного расширения вен нижних конечностей, тромбофлебита и флеботромбоза
161. Стадии течения варикозного расширения вен нижних конечностей, влияние уровня сброса на клиническое проявление заболевания
162. Профилактика заболеваний периферических вен, тактика врача при этих заболеваниях
163. Тактика хирурга и выбор рационального метода оперативного лечения
164. Облитерирующие заболевания артерий 1. Этиологические факторы возникновения заболеваний артерий
165. Дифференциальная диагностика облитерирующего эндартериита и атеросклероза
166. Консервативные методы лечения облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей
167. Показания к операции при облитерирующих заболеваниях артерий нижних конечностей, методы хирургических вмешательств
168. Гангрена нижней конечности как декомпенсация артериального кровообращения, патоморфологические характеристики



169. Ампутация при лечении гангрены нижних конечностей, методики, уровень ампутации, основные этапы операции
170. Заболевания пищевода. Рубцовые стриктуры пищевода, клиника, методы консервативного лечения (бужирование)
171. Оперативное лечение рубцовых стриктур пищевода
172. Кардиоспазм: патогенез, методы консервативного и оперативного лечения
173. Патологическая анатомия и локализация рака пищевода, основные клинические проявления
174. Предоперационная подготовка больных с раком пищевода, методы оперативного лечения в зависимости от локализации и стадии заболевания
175. Острая кишечная непроходимость. Анатомо-физиологические особенности тонкой и толстой кишок
176. Методы обследования больных с острой кишечной непроходимостью
177. Патологические изменения в организме больного с острой кишечной непроходимостью
178. тактика хирурга при острой кишечной непроходимости, этапы операции
179. Заболевания щитовидной железы. Методы обследования щитовидной железы Тиреотоксический и эутиреоидный зоб: клиника, консервативное и оперативное лечение. Подготовка больных к операции, лечение в послеоперационном периоде
180. Классификация рака щитовидной железы, клиника, диагностика, лечение
181. Воспалительные заболевания щитовидной железы: острый тиреоидит (струмит), хронический тиреоидит (Фиброзный Риделя, лимфоматозный Хашимото)
182. Острый перитонит. Анатомо-физиологические особенности брюшины
183. Патогенез острого перитонита
184. Задачи оперативного лечения и этапы операции при остром перитоните
185. Методы дренирования брюшной полости при различной распространенности перитонита
186. Задачи комплексного лечения перитонита в послеоперационном периоде
187. Осложнения острого перитонита
188. Диагностика острого перитонита в поликлинике и тактика врача
189. Заболевания молочной железы. Мастит. Этиопатогенез, классификация, клиника и лечение
190. Понятие о лактостазе, клиника, диагностика, лечение и профилактика
191. доброкачественные опухоли молочной железы, классификация, диагностика и лечение
192. Современные принципы комплексного лечения рака молочной железы

**МДК 02.05.Проведение медицинского обследования с целью  
диагностики, назначения и проведения лечения заболеваний  
акушерско-гинекологического профиля**

1. Актуальные аспекты альтернативного лечения эндометриоза
2. Акушерские исследования. Методы обследования беременных и рожениц
3. Акушерские кровотечения
4. Акушерские операции
5. Акушерские щипцы и вакуум-экстракция
6. Акушерство и женские болезни
7. Алкоголь и беременность
8. Анестезия при операциях на желудке и тонкой кишке
9. Аномалии развития и заболевания плода
10. Аномалии родовой деятельности
11. Аномалии родовых сил
12. Апоплексия яичника. Перекрут ножки опухоли. Перитонит
13. Беременность и интимная жизнь
14. Беременность и роды при сердечно-сосудистых заболеваниях, анемиях, заболеваниях почек, сахарном диабете, вирусном гепатите, туберкулезе
15. Беременность и экстрагенитальная патология
16. Беременность и эпилепсия
17. Бесплодие как социальная и медицинская проблема
18. Ведение беременности
19. Вирильный синдром
20. Влияние на зародыш внешних факторов
21. Влияние образа жизни беременной на здоровье ребенка
22. Внематочная беременность
23. Внематочная беременность
24. Внутрибольничная инфекция в родильных домах
25. Внутриутробные инфекции
26. Возрастные изменения при физиологическом течении климактерического периода. Механизм развития климакса
27. Вопросы этики и искусственного оплодотворения
28. Воспалительные заболевания женских половых органов
29. Воспалительные заболевания женских половых органов неспецифической этиологии
30. Вульвовагинит
31. Генитальный эндометриоз
32. Гестозы
33. Гигиена беременности
34. Гигиена беременности. Аборт и его последствия
35. Гимнастика для беременных женщин
36. Гимнастика женщин во второй половине беременности
37. Гипоксия внутриутробного плода и асфиксия новорожденных

38. Гонорея
39. Гормональная контрацепция
40. Диагностика и лечение бесплодия
41. Дисфункциональные маточные кровотечения
42. Дифференциальная диагностика климактерия и болезней климактерического периода
43. Дневник практики по акушерству
44. До- и послеродовая гимнастика для женщин. Гимнастика для ребенка первого года жизни
45. Женская консультация
46. Женское бесплодие
47. Изменения в организме женщины во время беременности
48. Режим дня, питание и гигиена беременной женщины
49. Интраспинальное введение местных анестетиков
50. Инфекция мочевыводящих путей и влагалища
51. Искусственное прерывание беременности
52. История развития акушерства с древних времен до наших дней
53. Кесарево сечение
54. Клиника родов при головном предлежании
55. Контрацепция - предохранение от зачатия
56. Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периоде
57. Лекарства и беременность
58. Лечебные и профилактические мероприятия при гипоксии внутриутробного плода
59. Методы контрацепции
60. Механические и хирургические методы контрацепции
61. Многоплодная беременность. Патология околоплодной среды
62. Мужское и женское бесплодие
63. Нарушение репродуктивной функции у работников
64. Невынашивание беременности
65. Непроизвольное прерывание беременности: причины, клиника, лечение
66. Нормальный менструальный цикл и гипоменструальный синдром
67. Нужно ли лечить гипоксию
68. Обезболивание родов
69. Общая симптоматика гинекологических заболеваний. Методы обследования гинекологических больных
70. ОПГ-гестозы. Принципы лечения позднего токсикоза
71. Опухоли и опухолевидные образования яичников
72. Основные осложнения в родах и группы риска по осложненному течению родов
73. Основные проблемы пренатальной диагностики. Фетоплацентарная недостаточность
74. Особенности проявления тревожности у женщин в период беременности

75. Патогенетическая профилактика и хирургическая коррекция в комплексной восстановительной реабилитации пролапса гениталий у женщин
76. Перитонит и сепсис после кесарева сечения
77. Пероральные контрацептивы, строение, влияние на женский организм
78. Планирование семьи. Контрацепция
79. Повреждения вульвы и преддверия влагалища во время родов
80. Пороки сердца и беременность
81. Преждевременные роды
82. Проблема суррогатного материнства
83. Проблемы малоизвестных заболеваний. Кандидоз
84. Профилактика и комплексная восстановительная физическая реабилитация повреждений мышц тазового дна в родах у женщин групп риска пролапса гениталий
85. Психологические и медико-биологические аспекты беременности
86. Разрыв промежности
87. Рак яичников
88. Регуляция менструальной функции. Строение репродуктивной системы. Формирование плаценты
89. Репродуктивное поведение женщины
90. Родовые травмы
91. Роды
92. Роль фельдшера в современной диагностике внематочной беременности
93. Санитарно-гигиенические аспекты планировки, организации и работы родильных домов
94. Сепсис и септический шок
95. Синдром поликистозных яичников
96. Современные подходы к диагностике, профилактике и лечению гестоза
97. Современные проблемы здоровья женщин и детей
98. Таблица ведения беременности и родов при тазовом предлежании плода
99. Течение беременности при сахарном диабете. Заболевания щитовидной железы и беременность
100. Токсикозы
101. Токсикозы беременных
102. Узкий таз
103. Физиология родов
104. Фоновые заболевания шейки матки
105. Фоновые заболевания шейки матки. Рак шейки матки
106. Хламидиоз в гинекологической практике
107. Экстракорпоральное оплодотворение и трансплантация эмбриона
108. Эмболизация маточных артерий в гинекологической хирургии
109. Эмболия околоплодными водами
110. Эндометриоз

**МДК 02.03.Проведение медицинского обследования с целью  
диагностики, назначения и проведения лечения заболеваний  
педиатрического профиля**

1. НР-инфекция у детей
2. Анатомо-физиологические особенности (АФО) новорожденного и недоношенного ребенка. Уход за ним. Группы риска. Мануальные навыки
3. Анатомо-физиологические особенности ЖКТ ребенка
4. Ангiology в детской хирургии
5. Астма, бронхит и бронхолегочная дисплазия
6. Атипичные пневмонии у детей
7. Бактериемия, сепсис и менингит
8. Биологические основы жизнедеятельности ребенка и влияние на него факторов внешней среды
9. Биологические основы развития ребенка и влияние на него факторов внешней среды
10. Боль в животе у детей
11. Бронхиальная астма у детей
12. Вакцинация и поствакцинальные осложнения
13. Вирусная и бактериальная пневмония у детей
14. Вирусные гепатиты у детей
15. Влияние лекарственных препаратов на плод и новорождённого
16. Возрастные особенности водного, минерального и кислотно-основного обмена у детей
17. Врожденные пороки развития
18. Врожденный гипотериоз. Диагностика. Лечение
19. Гемолитические анемии у детей
20. Геморрагические заболевания у детей
21. Гидроцефалии
22. Детская пневмония
23. Детский церебральный паралич
24. Детский церебральный паралич как проблема невропатологии и специальной педагогики
25. Детский церебральный паралич: понятие, этиология, симптомы
26. Диагностика детей группы риска в дошкольный период
27. Диалогическая речь у детей дошкольного возраста
28. Дистрофии у детей (хронические расстройства питания)
29. Дифтерия
30. Дифференциальная диагностика желтух у детей
31. Донозологический период эпилепсии у детей
32. Дыхательные расстройства у детей
33. Естественное вскармливание детей первого года жизни
34. Естественное вскармливание ребенка грудным молоком
35. Желудочно-кишечные заболевания

36. Заболевания билиарной системы у детей
37. Закаливание детей в возрасте до года
38. Закаливание детей водой
39. Здоровый образ жизни как условие гармоничного развития детей, первичной профилактики заболеваний и вредных привычек
40. Искусственное и смешанное вскармливание детей первого года жизни
41. Коррекция нарушения пересказа у детей с общим недоразвитием речи
42. Менингиты у детей
43. Механизмы воспаления желудочно-кишечного тракта у детей с атопическими заболеваниями
44. Муковисцидоз
45. Нарушение нормального положения органов в период эмбрионального развития
46. Нарушения психического развития у детей
47. Наследственные патологии слуха
48. Недоношенные дети
49. Неонатальные инфекции
50. Неотложная помощь детям при острых отравлениях
51. Основные закономерности ВНД детей. Профилактика
52. Особенности кардиореспираторной системы у детей среднего школьного возраста с ДЦП средней тяжести
53. Особенности лекарственной терапии у детей
54. Особенности системы крови у детей разных возрастных групп
55. Особенности формирования игровой деятельности умственно отсталых детей
56. Отравление ядовитыми лекарственными растениями среди детей
57. Отсталые дети
58. Панкреатит у детей: причины, критерии диагностики, тактика
59. Патология роста у детей
60. Периоды детского возраста
61. Показатели физического развития детей дошкольного возраста
62. Полиомиелит
63. Принципы питания здоровых и больных детей старшего возраста(старше 1 года)
64. Проявление раннего детского аутизма в дошкольном возрасте
65. Психомоторное развитие детей с ДЦП
66. Пубертатно-юношеский диспитуитаризм
67. Развитие репродуктивной системы у детей
68. Рахит
69. Сахарный диабет у детей
70. Сепсис новорожденных
71. Симптоматология и диагностика остеомиелита у детей
72. Синдром внезапной смерти
73. Состояние иммунной системы у подростков

74. СПИД у детей
75. Уход за кожей новорожденного
76. Физическое развитие детей дошкольного возраста
77. Формирование здоровья глухих детей
78. Формирование навыка правильной осанки у детей дошкольного возраста
79. Ювенология: проблемы здоровья

### **Кейс- задания**

1. Больная Е., 38 лет, обратилась к врачу по поводу ожога правой стопы кипятком. При осмотре стопы обращают на себя внимание резкая краснота и припухлость кожи. Пальпация стопы болезненна. Обожженная кожа имеет повышенную температуру. Двигательная функция стопы нарушена. Отмечено учащение дыхания и пульса. Температура тела 37,1°C. При анализе обнаружен нейтрофильный лейкоцитоз.

1. Каковы механизмы развития описанных симптомов.
2. Объясните механизм развития лихорадки и лейкоцитоза у больного.

2. Больная М., 36 лет, предъявляет жалобы на боль при глотании, слабость, потливость, головную боль. Температура тела 38,8°C. Слизистая зева гиперемирована, отечна, покрыта сероватым налетом. Лейкоцитов в крови  $5 \cdot 10^9/\text{л}$ , лейкоцитарная формула: Б - О, Э - 7, Ю - 2, П - 8, С - 65, Л - 16, М-2, СОЭ - 20 мм/ч. пульс 98 -мин-1, ЧД-26мин-1.

2. Какой патологический процесс имеет место у больной.
2. Какие признаки воспаления имеют место у больной.
3. Объясните механизмы, лежащие в основе их возникновения.

3. Наташа К., 6 лет, поступила в клинику с диагнозом "Инфекционное воспаление околоушных слюнных желез (свинка)". Заболевание началось с общего недомогания и постепенного повышения температуры тела, которая достигла 39°C. Высокая температура держалась 10 дней. Колебания между утренней и вечерней температурой не превышали 1°C. Через 10 дней температура постепенно стала снижаться, что сопровождалось усиленным потоотделением.

1. Какой патологический процесс развивался у больной.
2. Какой тип лихорадки выявился у больной.
3. Что такое "лизис" и "кризис".

4. Рабочий литейного цеха к концу смены почувствовал головокружение, резкую слабость, потоотделение, резкую головную боль, шум в ушах, сильный жар. Он обратился за помощью к медсестре, которая посадила его и стала измерять температуру. Во время этой процедуры рабочий потерял сознание и упал, однако состояние больного очень скоро значительно улучшилось. Врач скорой помощи предложил ему

госпитализацию. Больной наотрез отказался, но согласился полежать в медкомнате. Однако вскоре по просьбе мастера возвратился в цехи приступил к работе. Через несколько минут у рабочего наступила остановка дыхания, и он погиб.

1. Какой патологический процесс развился у больного. 2. Объясните причину смерти больного.

3. В чем заключалась ошибка сестры и врача.

5. Больной К., 18 лет, поступил в терапевтическое отделение по поводу кру-позной пневмонии. Температура тела 40,5°C. Больной бледен, кожа сухая, язык обложен белым налетом. Аппетит отсутствует. Границы сердца в пределах нормы, тоны слегка приглушены. Пульс ПО мин", АД 130/90 мм рт.ст. дыхание частое и поверхностное.

1. Для какой стадии лихорадки характерна клиническая симптоматика.

2. Имеется ли соответствие между степенью увеличения ЧСС и степенью увеличения температуры тела у больного.

4. На ФАП к фельдшеру обратилась женщина 52 лет с жалобой на появление уплотнений в разных участках тела. Объективно: у женщины с ожирением II степени, масса 120 килограмм, на левой руке, спине, передней брюшной стенке определяются мягкие, эластичные, с четкими контурами, разных размеров безболезненные опухолевидные образования.

Назовите опухоль, из какой ткани она образовалась.

1. Доброкачественная или злокачественная.

2. Прогноз для жизни.

### **Ситуационные задачи**

1. При патронаже медицинская сестра у новорожденного при осмотре кожных покровов обнаружила на спине опухолевидное образование багрового цвета размером 3х5 сантиметров с неровной поверхностью, выступающее над поверхностью кожи. При надавливании - бледнеет.

1. Назовите опухоль, из какой ткани она образовалась.

2. Доброкачественная или злокачественная.

2. Мужчина 43 лет, обратился с жалобой на изменение внешнего вида пигментного пятна на левой руке. Из анамнеза: известно, что по специальности он каменщик, родимое пятно несколько раз кровоточило, в результате повреждения его металлическим браслетом от часов, периодически возникала тупая боль. Объективно: на наружной поверхности предплечья, в области левого лучезапястного сустава видно пигментное пятно темно-коричневого цвета, размером 6х2 см, с блестящей



поверхностью, кожа над ним с трещинами, приподнята. Вокруг пятна гиперемизированный ободок, но признаков воспаления нет. Опухоль была удалена хирургическим путем. При гистологическом исследовании новообразования выявлены клетки различной величины и формы, в цитоплазме большинства их обнаруживается черно-бурый пигмент.

1. Назовите опухоль, из какой ткани она развилась.
2. Укажите, что произошло с родимым пятном.
3. Чем обусловлен цвет опухоли.

3.. Женщина 48 лет случайно у себя обнаружила в правой молочной железе не-большое плотное безболезненное образование.

Объективно: правая молочная железа несколько уменьшена в размерах, сморщена, сосок опущен вниз, по сравнению с соском здоровой железы. В центральной части железы пальпируется безболезненное плотное образование величиной 2.5 \* 2 сантиметра, с бугристой поверхностью. Пальпируются подмышечные и подключичные лимфоузлы справа. Произведена секторальная резекция молочной железы. При гистологическом исследовании ткани опухоли обнаружено разрастание волокнистой соединительной ткани, среди которой найдены мелкие гнездные скопления атипичных клеток эпителия.

1. Назовите опухоль, из какой она ткани.
2. Какая форма рака.
3. Что преобладает: строма или паренхима.

4. После ушиба колена, у мальчика появилось опухолевидное разрастание в области эпифиза бедренной кости. После стационарного обследования произведена ампутация бедра. При обследовании удаленной конечности в области нижнего эпифиза бедра обнаружено разрастание опухоли разрушающей кость, не имеющей четких границ, серо-розового цвета вида "Рыбьего мяса".

При исследовании микроскопической картины опухоли отмечается большое количество атипичных остеобластов.

1. Назовите опухоль, из какой ткани она развилась.
2. Доброкачественная или злокачественная.

5. Больная Т., 45 лет, доставлена в приемный покой больницы через 20 мин. после того, как попала под трамвай с размождением обеих голеней. Больная резко возбуждена, жалуется на боль, АД 150/100 мм рт. ст., пульс 70/мин. Состояние больной быстро ухудшалось, развилась депрессия, кожные покровы бледны, липкий пот, АД снизилось до 70/40 мм рт. ст., пульс

-110/мин, дыхание частое и поверхностное. Через 50 мин, несмотря на трансфузионную терапию, АД снизилось до 50/0 мм рт. ст., пульс участился до 120/мин. Внутриаггтериальное нагнетание 250мл крови в лучевую аггтерию привело к быстрому подъему АДдо110\80ммрт.ст.

1. Какой вид шока развился у больной.
2. Какие стадии шока наблюдались у больной.

1. Больной С, 27 лет, доставлен в медпункт в тяжелом состоянии. Кожные покровы и слизистые цианотичны, пульс 146/мин, слабого наполнения. АД-90/60мм рт. ст, дыхание частое, поверхностное, I тела 40,5°C.По свидетельству сопровождавших, пострадавший, ликвидируя аварию,втечение40мин.работалпри температуре воздуха 70°C и высокойвлажности.

1. Можно ли определить указанный симптомокомплекс нарушений жизне-деятельности как терминальное состояние.
2. Обоснуйте свое заключение.

2. Больной попал в автомобильную катастрофу и получил травму. Был доставлен в хирургическое отделение с диагнозом: перелом костей бедра, осложненный большой кровопотерей.

1.Объясните, какими видами регенерации будут регенерировать поврежденные ткани.

3. Больной Т., 15 лет, доставлен в больницу в тяжелом состоянии с термическим ожогом II степени, около 30 % поверхности тела. Сознание спутанное АД-80/50мм рт. ст, пульс 120/мин, слабого наполнения. Дыхание частое и поверхностное. Анализ крови: эритроциты -  $5,2 \cdot 10^{12}/л$ , Нв - 145 г/л, лейкоциты -  $20 \cdot 10^9/л$ , показатель гематокрита - 0,52 л/л.

1. Какой вид шока развился у больного.
2. Какие стадии шока наблюдались у больного.

4. Больная О., 20 лет, поступила в хирургическое отделение с жалобами наболи в правой подвздошной области, тошноту, рвоту, задержку стула и газов.При осмотре имеет место разница ректальной и аксиллярной температур более 0,5градусов. Врач поставил диагноз: Острый аппендицит. При проведении операции в стенке червеобразного отростка выявлено-стаз в капиллярах, гиперемиясосудов, отек, периваскулярные кровоизлияния.

1. Определите морфологическую форму острого аппендицита.

**МДК 02.01. Проведение медицинского обследования с целью диагностики, назначения и проведения лечения заболеваний терапевтического профиля**

## **Тема 1: Лечение трахеитов, острых и хронических бронхитов, эмфиземы легких.**

1. Основные принципы лечения медикаментозного и немедикаментозного лечения пациентов с острым бронхитом.
2. Основные принципы лечения медикаментозного и немедикаментозного лечения пациентов с хроническим бронхитом.
3. Основные принципы лечения трахеитов.
4. Лечение эмфиземы легкого.
5. Осложнения бронхитов.

\* 1 -один правильный ответ

Основная причина развития острого бронхита

- 1)алкоголизм
- 2)курение
- 3)ОРВИ
- 4)переохлаждение

№ 2

\* 1 -один правильный ответ

При хроническом бронхите отмечается кашель с мокротой

- 1)2 мес. не менее 2-х лет
- 2)3 мес. не менее 2-х лет
- 3)3 мес. не менее 3-х лет
- 4)4 мес. не менее 3-х лет

№ 3

\* 1 -один правильный ответ

Основная причина развития хронического бронхита

- 1)курение
- 2)ОРВИ
- 3)переохлаждение
- 4)гиповитаминоз

№ 4

\* 1 -один правильный ответ

Основная жалоба пациента при обструктивном бронхите

- 1)повышение температуры
- 2)головная боль
- 3)одышка
- 4)слабость

№ 5

\* 1 -один правильный ответ

Основная жалоба пациента при эмфиземе

- 1)боль в грудной клетке
- 2)кашель с выделением мокроты
- 3)кровохарканье
- 4)одышка

## **ТЕМА 2: Лечение хобл, пневмоний, нагноительных заболеваний легких, дыхательной недостаточности.**

1. Основные принципы лечения медикаментозного и немедикаментозного лечения пациентов с хобл.
2. Показания для госпитализации при хобл.
3. Этиотропная терапия при пневмониях.
4. Дыхательная недостаточность. определение. классификация. Лечение.
5. Основные принципы лечения медикаментозного и немедикаментозного лечения пациентов с нагноительными заболеваниями легких.

№ 1

\* 1 -один правильный ответ

«Ржавый» характер мокроты наблюдается при

- 1)остром бронхите
- 2)крупозной пневмонии
- 3)бронхиальной астме
- 4)экссудативном плеврите

№ 2

\* 1 -один правильный ответ

Наиболее информативный метод диагностики пневмонии

- 1)анализ мокроты
- 2)анализ крови
- 3)рентгенография грудной клетки
- 4)плевральная пункция

№ 3

\* 1 -один правильный ответ

Осложнение очаговой пневмонии

- 1)абсцесс легкого
- 2)бронхит
- 3)туберкулез
- 4)рак легкого

№ 4

\* 1 -один правильный ответ

При лечении пневмонии применяют

- 1)антибиотики, отхаркивающие
- 2)антибиотики, диуретики
- 3)бронхолитики, глюкокортикостероиды
- 4)бронхолитики, диуретики

№ 5

\* 1 -один правильный ответ

Основная причина приобретенных бронхоэктазов

- 1) бронхиальная астма
- 2) хронический бронхит
- 3) крупозная пневмония
- 4) экссудативный плеврит

### **Тема 3: Лечение плевритов.**

1. Классификация плеврита.
2. Клиника экссудативного плеврита.
3. Клиника сухого плеврита.
4. Диагностика плевритов.
5. Основные принципы немедикаментозного и медикаментозного лечения плевритов.

№ 1

\* 1 - один правильный ответ

Дренажное положение придается пациенту при

- 1) бронхоэктатической болезни
- 2) бронхиальной астме
- 3) сухом плеврите
- 4) экссудативном плеврите

№ 2

\* 1 - один правильный ответ

Плевритом может осложниться

- 1) бронхит
- 2) бронхиальная астма
- 3) туберкулез
- 4) эмфизема легких

№ 3

\* 1 - один правильный ответ

Пациент занимает вынужденное положение лежа на больной стороне при

- 1) бронхите
- 2) бронхиальной астме
- 3) бронхоэктатической болезни
- 4) сухом плеврите

№ 4

\* 1 - один правильный ответ

Боль в грудной клетке, усиливающаяся при кашле, шум трения плевры характерны для

- 1) бронхита
- 2) бронхиальной астмы
- 3) сухого плеврита
- 4) экссудативного плеврита

№ 5

\* 1 -один правильный ответ

Экссудативным плевритом может осложниться

- 1)бронхиальная астма
- 2)бронхит
- 3)туберкулез
- 4)эмфизема.

#### **Тема 4: Лечение бронхиальной астмы.**

- 1.Классификация бронхиальной астмы.
2. Осложнения бронхиальной астмы.
3. Показания к госпитализации пациента с бронхиальной астмой.
4. Основные принципы медикаментозного лечения пациентов с бронхиальной астмой.
- 5.Дифференциальная диагностика бронхиальной астмы.

№ 1

\* 1 -один правильный ответ

Основная жалоба пациента при бронхиальной астме

- 1)боль в грудной клетке
- 2)кашель с гнойной мокротой
- 3)приступ удушья
- 4)кровохарканье

№ 2

\* 1 -один правильный ответ

Экспираторный характер одышки отмечается при

- 1)абсцессе легкого
- 2)бронхиальной астме
- 3)крупозной пневмонии
- 4)отеке легких

№ 3

\* 1 -один правильный ответ

При экспираторной одышке затруднен

- 1)вдох
- 2)выдох
- 3)вдох и выдох

№ 4

\* 1 -один правильный ответ

Спирали Куршмана и кристаллы Шарко-Лейдена в мокроте определяются при

- 1) абсцессе легкого
- 2) бронхиальной астме
- 3) раке легкого
- 4) туберкулезе

№ 5

\* 1 - один правильный ответ

Пикфлоуметрия — это определение

- 1) остаточного объема
- 2) дыхательного объема
- 3) жизненной емкости легких
- 4) пиковой скорости выдоха

### **Тема 5: Лечение ревматизма.**

1. Этиология ревматизма.
2. Большие и малые диагностические критерии ревматизма.
3. этиотропное лечение ревматизма.
4. осложнения ревматизма.
5. лабораторная диагностика ревматизма.

№ 1

\* 1 - один правильный ответ

Этиология ревматизма

- 1) бета-гемолитический стрептококк группы А
- 2) золотистый стафилококк
- 3) кишечная палочка
- 4) пневмококк

№ 2

\* 1 - один правильный ответ

Ревматизм развивается после ангины через

- 1) 3-4 дня
- 2) 1-3 недели
- 3) 01-3 месяца
- 4) 1-2 дня

№ 3

\* 1 - один правильный ответ

Ревматизмом чаще заболевают лица в возрасте

- 1) 1-2 года
- 2) 5-7 лет
- 3) 7-15 лет
- 4) 18-25 лет

№ 4

\* 1 -один правильный ответ

Повышение температуры, эндомиокардит, полиартрит наблюдаются при

- 1) атеросклерозе
- 2) гипертонической болезни
- 3) ишемической болезни сердца
- 4) ревматизме

№ 5

\* 1 -один правильный ответ

При ревматизме чаще поражается клапан

- 1) аортальный
- 2) митральный
- 3) пульмональный
- 4) трехстворчатый

## **ТЕМА 6: ЛЕЧЕНИЕ ПРИОБРЕТЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА И ЭНДОКАРДИТОВ.**

1. Классификация приобретенных пороков сердца.
2. Принципы медикаментозного лечения пациентов с приобретенными пороками сердца.
3. Этиология эндокардита.
4. Клинические проявления митральных и аортальных пороков сердца.
5. Основные принципы медикаментозного лечения пациентов с эндокардитом.

№ 1

\* 1 -один правильный ответ

Основная причина приобретенных пороков сердца

- 1) гипертоническая болезнь
- 2) инфаркт миокарда
- 3) стенокардия
- 4) ревматизм

№ 2

\* 1 -один правильный ответ

Цвет кожных покровов при митральном стенозе

- 1) бледные
- 2) желтушные
- 3) нормальной окраски
- 4) цианотичные



№ 3

\* 1 -один правильный ответ

Симптом «кошачьего мурлыканья» определяется при

- 1)инфаркте миокарда
- 2)стенокардии
- 3)митральной недостаточности
- 4)митральном стенозе

№ 4

\* 1 -один правильный ответ

Появление шума на верхушке сердца свидетельствует о поражении клапана

- 1)аортального
- 2)митрального
- 3)пульмонального
- 4)трехстворчатого

№ 5

\* 1 -один правильный ответ

Кровохарканье является частым признаком

- 1)аортальной недостаточности
- 2)инфаркта миокарда
- 3)стенокардии
- 4)митрального стеноза.

## **ТЕМА 7: ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.**

1. Классификация уровня ад.
2. Первичные и вторичные аг.
3. Неотложная помощь при гипертоническом кризе.
4. Принципы медикаментозной и немедикаментозной терапии у пациентов с аг.
5. назовите показания к госпитализации пациента с аг.

№ 1

\* 1 -один правильный ответ

Главный этиологический фактор развития гипертонической болезни

- 1)нервно-психическое перенапряжение
- 2)гломерулонефрит
- 3)ожирение
- 4)болезнь Иценко-Кушинга

№ 2

\* 1 -один правильный ответ

Сильная головная боль, тошнота, рвота, «мушки» перед глазами,

напряженный пульс наблюдаются при

- 1)обмороке
- 2)коллапсе
- 3)гипертоническом кризе
- 4)стенокардии

№ 3

\* 1 -один правильный ответ

Осложнение гипертонической болезни

- 1)инсульт, инфаркт миокарда
- 2)обморок, коллапс
- 3)ревматизм, порок сердца
- 4)пневмония, плеврит

№ 4

\* 1 -один правильный ответ

У больного на фоне гипертонического криза появились удушье и обильная пенная розовая мокрота — это

- 1)крупозная пневмония
- 2)легочное кровотечение
- 3)отек легких
- 4)тромбоэмболия легочной артерии

№ 5

\* 1 -один правильный ответ

Профилактика атеросклероза включает

- 1)занятия физической культурой
- 2)курение
- 3)злоупотребление алкоголем
- 4)несбалансированное питание

## **ТЕМА 8: ЛЕЧЕНИЕ ИБС.СТЕНОКАРДИИ.**

1.Основные принципы немедикаментозного и медикаментозного лечения пациентов со стабильной стенокардией.

2.Классификация ИБС.

3. Классификация стабильной стенокардии.

4. лечение нестабильной стенокардии.

5. формы нестабильной стенокардии.

№ 1

\* 1 -один правильный ответ

Риск развития ИБС у женщин по сравнению с мужчинами

- 1)выше

- 2)ниже
- 3)такой же

№ 2

\* 1 -один правильный ответ

Сжимающие боли за грудиной, иррадирующие под левую лопатку, продолжительностью 5-10 минут, характерны для

- 1)бактериального эндокардита
- 2)инфаркта миокарда
- 3)ревматического эндокардита
- 4)стенокардии

№ 3

\* 1 -один правильный ответ

Функциональный класс стенокардии, при котором приступ боли возникает при ходьбе менее чем на 100 м или в покое

- 1)первый
- 2)второй
- 3)третий
- 4)четвертый

№ 4

\* 1 -один правильный ответ

Функциональный класс стенокардии, при котором приступ боли возникает при нагрузке высокой интенсивности

- 1)первый
- 2)второй
- 3)третий
- 4)четвертый

№ 5

\* 1 -один правильный ответ

Неотложная помощь при приступе стенокардии

- 1)астропент ингаляционно
- 2)димедрол подкожно
- 3)преднизолон внутрь
- 4)нитроглицерин под язык

## **ТЕМА 9: ЛЕЧЕНИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА.**

1. Неотложная догоспитальная помощь при инфаркте миокарда.
2. Тромболитическая терапия. Показания и противопоказания.
3. Осложнения инфаркта миокарда.
4. Атипичные формы инфаркта миокарда.

## 5. ЭКГ-признаки острого инфаркта миокарда.

№ 1

\* 1 -один правильный ответ

Типичная форма инфаркта миокарда

- 1)абдоминальная
- 2)ангинозная
- 3)астматическая
- 4)безболевая

№ 2

\* 1 -один правильный ответ

Неотложная помощь при инфаркте миокарда

- 1)валидол, лазикс
- 2)корвалол, пентамин
- 3)морфин, гепарин
- 4)папаверин, атропин

№ 3

\* 1 -один правильный ответ

В первые дни больному инфарктом миокарда назначают режим

- 1)строгий постельный
- 2)постельный
- 3)полупостельный
- 4)амбулаторный

№ 4

\* 1 -один правильный ответ

Транспортировка больного с инфарктом миокарда

- 1)в кресле-каталке
- 2)на носилках
- 3)самостоятельное передвижение

№ 5

\* 1 -один правильный ответ

Больному инфарктом миокарда необходима госпитализация

- 1)в первые часы заболевания
- 2)на 2-е сутки заболевания
- 3)на 3-и сутки заболевания
- 4)на 4-е сутки заболевания

## **ТЕМА 10: ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.**

1.Стадии ХСН.

2.Медикаментозная терапия пациентов с ХСН.

3. Немедикаментозная терапия пациентов с ХСН.
4. Противопоказания к сердечным гликозидам.
5. Клинические проявления ХСН.

№ 1

\* 1 -один правильный ответ

Отеки сердечного происхождения появляются

- 1) утром на лице
- 2) утром на ногах
- 3) вечером на ногах
- 4) вечером на лице

№ 2

\* 1 -один правильный ответ

При лечении хронической сердечной недостаточности применяют

- 1) антибиотики, нитрофураны
- 2) бронхолитики, муколитики
- 3) глюкокортикостероиды, цитостатики
- 4) ингибиторы АПФ, диуретики

№ 3

\* 1 -один правильный ответ

Тахикардия и одышка в покое, отеки, увеличение печени у больного с пороком сердца характерны для недостаточности

- 1) надпочечниковой
- 2) печеночной
- 3) почечной
- 4) сердечной

№ 4

\* 1 -один правильный ответ

При наличии отеков больному рекомендуют

- 1) ограничение приема жидкости и соли
- 2) ограничение приема белков и жиров
- 3) увеличение приема жидкости и соли
- 4) увеличение приема белков и жиров

№ 5

\* 1 -один правильный ответ

Массивные, распространенные по всему телу отеки — это

- 1) анасарка
- 2) асцит
- 3) гидроперикард

4)гидроторакс

## **ТЕМА 11: ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО И ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТОВ.**

1. Принципы немедикаментозного лечения гастритов.
2. Диагностика гастрита.
3. Лекарственные препараты, применяемые для лечения гастритов.
4. Дифференциальная диагностика гастритов.
5. Рефлюкс-гастрит. определение.

№ 1

\* 1 -один правильный ответ

Основная причина хронического гастрита типа Б

- 1)отравление
- 2)аутоиммунные нарушения
- 3)нерациональное питание
- 4)хеликобактер пилори

№ 2

\* 1 -один правильный ответ

Наиболее информативный метод диагностики гастродуоденита

- 1)желудочное зондирование
- 2)рентгенологическое исследование
- 3)ультразвуковое исследование
- 4)эндоскопическое исследование

№ 3

\* 1 -один правильный ответ

Сезонность обострения характерна для

- 1)хронического колита
- 2)хронического холецистита
- 3)цирроза печени

№ 4

\* 1 -один правильный ответ

Признаки, характерные только для желудочного кровотечения

- 1)бледность, слабость
- 2)головная боль, головокружение
- 3)рвота «кофейной гущей», дегтеобразный стул
- 4)тахикардия, гипотензия

№ 5

\* 1 -один правильный ответ

Неотложная помощь при желудочном кровотечении

1)хлорид кальция, желатиноль

2)альмагель, атропин

3)викалин, гепарин

4)фестал, баралгин

## **ТЕМА 12: ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ.**

1. Немедикаментозное лечение ЯБ.

2. Медикаментозное лечение ЯБ.

3. Диагностика ЯБ

4. Осложнения ЯБ

5. Неотложная помощь при желудочном кровотечении.

№ 1

\* 1 -один правильный ответ

Поздние, «голодные», ночные боли характерны для

1)хронического гастрита

2)язвенной болезни желудка

3)язвенной болезни 12-перстной кишки

4)цирроза печени

№ 2

\* 1 -один правильный ответ

Признаки, характерные только для желудочного кровотечения

1)бледность, слабость

2)головная боль, головокружение

3)рвота «кофейной гущей», дегтеобразный стул

4)тахикардия, гипотензия

№ 3

\* 1 -один правильный ответ

При обострении язвенной болезни назначается диета №

1)1

2)2

3)3

4)4

№ 4

\* 1 -один правильный ответ

Дегтеобразный стул бывает при кровотечении из кишки

- 1) 12-перстной
- 2) ободочной
- 3) сигмовидной
- 4) прямой

№ 5

\* 1 -один правильный ответ

Перерождение язвы в рак называется

- 1) малигнизация
- 2) пенетрация
- 3) перфорация
- 4) пилоростеноз.

### **ТЕМА 13: ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА И ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ.**

1. Принципы недикаментозного и медикаментозного лечения хронического гепатита.
2. Принципы недикаментозного и медикаментозного лечения цирроза печени.
3. Осложнения цирроза печени.
4. Классификация гепатитов.
5. Осложнения гепатита.

№ 1

\* 1 -один правильный ответ

Основные симптомы хронического гепатита

- 1) желтуха, гепатомегалия
- 2) слабость, недомогание
- 3) головная боль, тошнота
- 4) метеоризм, поносы

№ 2

\* 1 -один правильный ответ

При лечении хронического гепатита применяют препараты

- 1) антибиотики
- 2) гепатопротекторы
- 3) антигистаминные
- 4) нитрофураны

№ 3

\* 1 -один правильный ответ

Желтуха развивается при

- 1) вирусном гепатите



- 2)хроническом колите
- 3)хроническом энтерите
- 4)язвенной болезни

№ 4

\* 1 -один правильный ответ

К возникновению цирроза печени может привести

- 1)хронический гастрит
- 2)хронический колит
- 3)хронический гепатит
- 4)язвенная болезнь

№ 5

\* 1 -один правильный ответ

Симптом «головы Медузы» характерен для

- 1)гастрита
- 2)панкреатита
- 3)цирроза печени
- 4)язвенной болезни

#### **ТЕМА 14: ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА, ДЖВП.**

1. Принципы недикаментозного и медикаментозного лечения хронического холецистита.
2. Принципы недикаментозного и медикаментозного лечения ДЖВП.
3. Неотложная помощь при печеночной колике.
4. Причины камнеобразования в желчном пузыре.
5. Типы ДЖВП и их характеристика.

№ 1

\* 1 -один правильный ответ

Обострение хронического холецистита провоцирует

- 1)ОРВИ
- 2)переохлаждение
- 3)прием углеводов
- 4)прием жирной пищи

№ 2

\* 1 -один правильный ответ

При хроническом холецистите отмечаются

- 1)асцит, «сосудистые звездочки»
- 2)боль в правом подреберье, горечь во рту
- 3)отрыжка тухлым, рвота
- 4)рвота «кофейной гущей», мелена

№ 3

\* 1 -один правильный ответ

Механическая желтуха развивается при

- 1)гастрите
- 2)желчнокаменной болезни
- 3)колите
- 4)энтерите

№ 4

\* 1 -один правильный ответ

Печеночная колика наблюдается при

- 1)желчнокаменной болезни
- 2)панкреатите
- 3)хроническом гепатите
- 4)циррозе печени

№ 5

\* 1 -один правильный ответ

При печеночной колике боль локализуется в области

- 1)левой подреберной
- 2)левой подвздошной
- 3)правой подреберной
- 4)правой подвздошной

## **ТЕМА 15: ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА.**

1. Принципы недикаментозного и медикаментозного лечения хронического холецистита.
2. Осложнения хронического панкреатита.
3. Этиология панкреатита.
4. Дифференциальная диагностика хронического панкреатита.
5. Клинические проявления хронического панкреатита.

№1

\* 1 -один правильный ответ

При хроническом панкреатите назначают диету №

- 1)2
- 2)5
- 3)7
- 4)10

№ 2

\* 1 -один правильный ответ

Осложнение хронического панкреатита

- 1) желчно-каменная болезнь
- 2) сахарный диабет
- 3) цирроз печени
- 4) язвенная болезнь

№ 3

\* 1 - один правильный ответ

При хроническом панкреатите кал

- 1) дегтеобразный
- 2) жирный
- 3) кровавистый
- 4) обесцвеченный

№ 4

\* 1 - один правильный ответ

Опоясывающий характер боли в животе наблюдается при

- 1) гастрите
- 2) гепатите
- 3) панкреатите
- 4) холецистите

№ 5

\* 1 - один правильный ответ

При хроническом панкреатите наблюдаются синдромы

- 1) анемический, гиперпластический
- 2) болевой, диспепсический
- 3) гипертонический, отечный
- 4) гипертонический, нефротический

## **ТЕМА 16: ЛЕЧЕНИЕ СРК.**

1. Лекарственные препараты, применяемые в лечении СРК.
2. Клинические проявления СРК.
3. Классификация СРК.
4. Схема лечения СРК с диареей.
5. Диетотерапия при СРК.

№ 1

\* 1 - один правильный ответ

Наличие в кале непереваренных мышечных волокон — это

- 1) амилорея
- 2) креаторея

- 3)мелена
- 4)стеаторея

№ 2

\* 1 -один правильный ответ

Наличие в кале капель нейтрального жира — это

- 1)амилорея
- 2)креаторея
- 3)мелена
- 4)стеаторея

№ 3

\* 1 -один правильный ответ

Наличие в кале нерасщепленного крахмала — это

- 1)амилорея
- 2)диарея
- 3)креаторея
- 4)стеаторея

№ 4

\* 1 -один правильный ответ

Жидкий, дегтеобразный стул — это

- 1)амилорея
- 2)диарея
- 3)мелена
- 4)креаторея

№ 5

\* 1 -один правильный ответ

Подготовка больного к УЗИ органов брюшной полости

- 1)поставить масляную клизму
- 2)поставить сифонную клизму
- 3)промыть желудок
- 4)проводить натошак

## **ТЕМА 17:ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ДИФФУЗНОГО И ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОВ.**

1. Лекарственные препараты,применяемые в лечении острого диффузного гломерулонефрита.
2. Лекарственные препараты,применяемые в лечении хронического гломерулонефрита.

3. Осложнения гломерулонефрита.
4. Дифференциальная диагностика гломерулонефрита.
5. Немедикаментозная терапия пациентов с гломерулонефритом.

№ 1

\* 1 -один правильный ответ

Основная причина острого гломерулонефрита

- 1)бета-гемолитический стрептококк
- 2)грибы
- 3)микобактерии
- 4)простейшие

№ 2

\* 1 -один правильный ответ

При гломерулонефрите преимущественно поражаются почечные

- 1)канальцы
- 2)клубочки
- 3)лоханки
- 4)чашечки

№ 3

\* 1 -один правильный ответ

Острый гломерулонефрит чаще возникает в возрасте

- 1)1-2 лет
- 2)3-4 лет
- 3)5-15 лет
- 4)17-25 лет

№ 4

\* 1 -один правильный ответ

Триада симптомов при остром гломерулонефрите

- 1)гематурия, отеки, гипертония
- 2)пиурия, бактериурия, гипертония
- 3)гематурия, бактериурия, отеки
- 4)лейкоцитурия, цилиндрурия, отеки

№ 5

\* 1 -один правильный ответ

Анализ мочи при остром гломерулонефрите

- 1)гематурия, протеинурия, цилиндрурия
- 2)гематурия, глюкозурия, пиурия
- 3)лейкоцитурия, протеинурия, цилиндрурия
- 4)лейкоцитурия, протеинурия, бактериурия

## **ТЕМА 18: ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО И ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА.**

1. Немедикаментозная терапия пациентов с острым и хроническим пиелонефритом.
2. Медикаментозная терапия пациентов с острым пиелонефритом.
3. Немедикаментозная терапия пациентов с хроническим пиелонефритом.
4. Осложнения пиелонефрита.
5. Лабораторная диагностика острого и хронического пиелонефритов.

№ 1

\* 1 -один правильный ответ

Основная причина острого пиелонефрита

- 1)инфекция
- 2)нерациональное питание
- 3)переохлаждение
- 4)стрессы

№ 2

\* 1 -один правильный ответ

При пиелонефрите преимущественно поражаются почечные

- 1)чашечки
- 2)канальцы
- 3)клубочки
- 4)клубочки и канальцы

№ 3

\* 1 -один правильный ответ

Лихорадка, боль в поясничной области, лейкоцитурия наблюдаются при

- 1)мочекаменной болезни
- 2)остром гломерулонефрите
- 3)остром пиелонефрите
- 4)хроническом гломерулонефрите

№ 4

\* 1 -один правильный ответ

Анализ мочи при остром пиелонефрите

- 1)гематурия, протеинурия
- 2)цилиндрурия, глюкозурия
- 3)лейкоцитурия, бактериурия
- 4)протеинурия, глюкозурия

№ 5

\* 1 -один правильный ответ

Бактериурия наблюдается при

- 1) мочекаменной болезни
- 2) остром гломерулонефрите
- 3) остром пиелонефрите
- 4) хроническом гломерулонефрите

## **ТЕМА 19: ЛЕЧЕНИЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ.**

1. Медикаментозная терапия пациентов с МКБ
2. Показания к госпитализации при МКБ.
3. Неотложная помощь при почечной колике.
4. Немедикаментозная терапия пациентов с МКБ
5. Этиология МКБ.

№ 1

\* 1 -один правильный ответ

Основная причина острого цистита

- 1) гиповитаминоз
- 2) инфекция
- 3) переохлаждение
- 4) стрессы

№ 2

\* 1 -один правильный ответ

Приступ сильной боли в пояснице с иррадиацией по ходу мочеточника в паховую область наблюдается при

- 1) гломерулонефрите
- 2) пиелонефрите
- 3) цистите
- 4) мочекаменной болезни

№ 3

\* 1 -один правильный ответ

При почечной колике боль иррадиирует

- 1) под правую лопатку
- 2) под левую лопатку
- 3) в правое плечо
- 4) в паховую область

№ 4

\* 1 -один правильный ответ

Массивный отек, распространенный на все тело — это

- 1) анасарка
- 2) асцит

3)гидроперикард

4)гидроторакс

№ 5

\* 1 -один правильный ответ

Отеки на лице, гипертония, моча цвета «мясных помоев» наблюдаются при

1)мочекаменной болезни

2)остром гломерулонефрите

3)остром цистите

4)хроническом пиелонефрите

## **ТЕМА 20: ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.**

1. Неотложная помощь при гипотиреоидной коме

2. Неотложная помощь при тиреотоксическом кризе.

3. Немедикаментозное и медикаментозное лечение гипотиреоза.

4. Немедикаментозное и медикаментозное лечение гипертиреоза.

5. Осложнения гипертиреоза.

№ 1

\* 1 -один правильный ответ

Причины развития диффузного токсического зоба

1)психическая травма, инфекция

2)голодание, гиповитаминозы

3)переедание, злоупотребление алкоголем

4)курение, переохлаждение

№ 2

\* 1 -один правильный ответ

Тахикардия, экзофтальм, тремор наблюдаются при

1)гипотиреозе

2)диффузном токсическом зобе

3)сахарном диабете

4)эндемическом зобе

№ 3

\* 1 -один правильный ответ

При диффузном токсическом зобе наблюдается

1)вялость

2)заторможенность

3)раздражительность

4)сонливость



№ 4

\* 1 -один правильный ответ

При диагностике заболеваний щитовидной железы важное значение имеет

- 1)общий анализ крови
- 2)общий анализ мочи
- 3)ультразвуковое исследование
- 4)рентгенологическое исследование

№ 5

\* 1 -один правильный ответ

Содержание в крови гормонов Т3, Т4, ТТГ определяют при диагностике

- 1)акромегалии
- 2)гипотиреоза
- 3)гигантизма
- 4)сахарного диабета

## **ТЕМА 21:ЛЕЧЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ.**

1. Неотложная помощь при гипергликемической коме.
2. Неотложная помощь при гипогликемической коме.
3. Медикаментозная терапия сд 1 типа.
4. Медикаментозная терапия сд 2 типа.
5. Диетотерапия при сд

№ 1

\* 1 -один правильный ответ

При сахарном диабете в анализе крови отмечается

- 1)гиперпротеинемия
- 2)гипопротеинемия
- 3)гипергликемия
- 4)гипербилирубинемия

№ 2

\* 1 -один правильный ответ

При сахарном диабете в анализе мочи отмечается

- 1)бактериурия
- 2)глюкозурия
- 3)оксалатурия
- 4)пиурия

№ 3

\* 1 -один правильный ответ

При гипогликемической коме кожные покровы

- 1)гиперемированы

- 2)влажные
- 3)желтушные
- 4)сухие

№ 4

\* 1 -один правильный ответ

При гипогликемической коме в выдыхаемом воздухе отмечается запах

- 1)алкоголя
- 2)аммиака
- 3)ацетона
- 4)нет запаха

№ 5

\* 1 -один правильный ответ

При гипергликемической коме кожные покровы

- 1)гиперемизированные
- 2)влажные
- 3)желтушные
- 4)сухие

## **ТЕМА 22:ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ЛЕЙКОЗОВ.**

1. Медикаментозное лечение острого лейкоза.
2. Медикаментозное лечение хронического лейкоза.
3. Клинические проявления острого лейкоза.
4. Клинические проявления хронического лейкоза.
5. Диагностика лейкозов.

№ 1

\* 1 -один правильный ответ

Основная причина острого лейкоза

- 1)бактериальная инфекция
- 2)гиподинамия
- 3)стрессы
- 4)хромосомные нарушения

№ 2

\* 1 -один правильный ответ

Стернальная пункция проводится при диагностике

- 1)инфаркта миокарда
- 2)лейкоза
- 3)пневмонии
- 4)цирроза печени

№ 3

\* 1 -один правильный ответ

При лейкозе наблюдаются синдромы

- 1)болевой, дизурический
- 2)гипертонический, нефротический
- 3)гиперпластический, геморрагический
- 4)болевой, диспептический

№ 4

\* 1 -один правильный ответ

Гиперлейкоцитоз до  $200 \times 10^9/\text{л}$  наблюдается при

- 1)лейкозе
- 2)пиелонефрите
- 3)пневмонии
- 4)ревматизме

№ 5

\* 1 -один правильный ответ

Причина гемофилии

- 1)бактериальная инфекция
- 2)действие ионизирующей радиации
- 3)переохлаждение
- 4)хромосомное нарушение

### **Тема 23: ЛЕЧЕНИЕ АНЕМИЙ.**

1. Лечение железодефицитной анемии.
2. Лечение b12-дефицитной анемии.
3. Лечение апластической анемии.
4. Классификация анемий.
5. Лабораторная диагностика железодефицитной анемии.

№ 1

\* 1 -один правильный ответ

При массивном легочном кровотечении развивается анемия

- 1)апластическая
- 2)В12-дефицитная
- 3)гемолитическая
- 4)постгеморрагическая (острая)

№ 2

\* 1 -один правильный ответ

При длительном кровохарканье развивается анемия

- 1)В12-дефицитная
- 2)гемолитическая

- 3) гипопластическая
- 4) постгеморрагическая (хроническая)

№ 3

\* 1 - один правильный ответ

Слабость, обмороки, извращение вкуса и обоняния наблюдаются при анемии

- 1) В12-дефицитной
- 2) гипопластической
- 3) гемолитической
- 4) железодефицитной

№ 4

\* 1 - один правильный ответ

Железодефицитная анемия по цветовому показателю

- 1) гиперхромная
- 2) гипохромная
- 3) нормохромная

№ 5

\* 1 - один правильный ответ

В12-дефицитная анемия развивается при

- 1) атрофическом гастрите
- 2) желудочном кровотечении
- 3) легочном кровотечении
- 4) дефиците факторов свертывания

## **ТЕМА 24: ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ДИАТЕЗОВ.**

1. Лечение тромбоцитопенической пурпуры.
2. Неотложная помощь при носовом кровотечении
3. Клиника гемофилии
4. Болезнь Верльгофа. Этиология. клиника.
5. Дифференциальная диагностика геморрагических диатезов.

№ 1

\* 1 - один правильный ответ

Причина гемофилии

- 1) бактериальная инфекция
- 2) действие ионизирующей радиации
- 3) переохлаждение
- 4) хромосомное нарушение

№ 2

\* 1 - один правильный ответ

Клинические симптомы, характерные для гемофилии

- 1)слабость, недомогание
- 2)одышка, тахикардия
- 3)кровоточивость, гемартрозы
- 4)тошнота, рвота

№ 3

\* 1 -один правильный ответ

Тромбоцитопения наблюдается при

- 1)болезни Верльгофа
- 2)гемофилии
- 3)железодефицитной анемии
- 4)В12 дефицитной анемии

№ 4

\* 1 -один правильный ответ

Петехиально-пятнистая сыпь на коже, возникающая спонтанно или после небольших травм («шкура леопарда»), наблюдается при

- 1)болезни Верльгофа
- 2)гемофилии
- 3)железодефицитной анемии
- 4)хроническом лимфолейкозе

№ 5

\* 1 -один правильный ответ

При болезни Верльгофа наблюдается

- 1)увеличение срока жизни лейкоцитов
- 2)увеличение срока жизни тромбоцитов
- 3)уменьшение срока жизни лейкоцитов
- 4)уменьшение срока жизни тромбоцитов

## **МДК02.01 Часть 2 Лечение пациентов с инфекционными заболеваниями и ВИЧ-инфекцией и эпидемиологией.**

### **Задача**

Больная 25 лет поступила в клинику инфекционных болезней с предварительным диагнозом «пищевая токсикоинфекция».

Клинические данные: температура тела – 39,5°C, головная боль, озноб, ломота в теле, тошнота, многократная рвота, частый жидкий стул.

Эпидемиологические данные: за день до заболевания употребляла пирожные с кремом. В течение 2-х дней в районе было зарегистрировано ещё 4 аналогичных случая. При эпидемиологическом обследовании кафе, в котором заболевшие употребляли пирожные, у кондитера был обнаружен на пальце руки панариций.

**Вопросы:**

1. Какие микроорганизмы могли в данной ситуации вызвать пищевую токсикоинфекцию?
2. Выскажите гипотезу о пути передачи возбудителей пищевой токсикоинфекции в данной ситуации.
3. Какие оптимальные условия для накопления в продуктах энтеротоксинов возбудителей пищевых токсикоинфекций?
4. В чём основные причины попадания в пищу возбудителей пищевой токсикоинфекции в данной ситуации?
5. Какие мероприятия по профилактике пищевых токсикоинфекций необходимо проводить в данной ситуации?

**Задача**

Больной М. 27 лет обратился к врачу-терапевту участковому на 2 день болезни с жалобами на сильную головную боль в лобной области, боли в глазных яблоках, мышцах и суставах, общую слабость, отсутствие аппетита, частый сухой кашель, заложенность носа и незначительные выделения из носа, чувство першения и царапанье за грудиной.

Анамнез заболевания: заболел 15.01. в первой половине дня, когда почувствовал озноб, повысилась температура до 39,0°C, появилась головная боль в области лба, боль при движении глазными яблоками. Ночью не спал, озноб сменялся чувством жара. На следующий день появился сухой кашель, заложенность носа, чувство першения за грудиной, температура повысилась до 39,5°C, головная боль усилилась.

Эпидемиологический анамнез: за 2 дня до заболевания навещал друзей в общежитии, среди которых были лица с подобными симптомами.

Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Лицо одутловатое, несколько гиперемировано. На теле сыпи нет. Носовое дыхание затруднено. В зеве разлитая яркая гиперемия задней стенки глотки и её зернистость, отмечаются единичные кровоизлияния на слизистой мягкого нёба. В лёгких – жёсткое дыхание, единичные сухие хрипы. Пульс – 102 уд/мин, ритмичный, АД – 115/80 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный диагноз.
3. Составьте план лабораторного обследования больного для верификации диагноза.
4. Какие противовирусные препараты Вы бы рекомендовали пациенту?
5. Кто подлежит обязательной вакцинации против гриппа?

### **Задача.**

Больной М. 16 лет направлен с приёма в поликлинике в инфекционную больницу 20.08. с жалобами на плохой аппетит, ноющие боли в правом подреберье, потемнение мочи, желтушную окраску кожи и склер.

Анамнез болезни: заболел 14.08., когда повысилась температура до 38°C, появилась головная боль, тошнота, двукратная рвота. Все последующие дни сохранялась температура в пределах 37,6–38 °С, беспокоила общая слабость, головная боль, тошнота, плохой аппетит. 19.08. заметил потемнение мочи и посветление кала. 20.08. появилась желтушность кожи и склер.

Эпидемиологический анамнез: живёт в студенческом общежитии, в комнате 4 человека. Периодически питается в столовой по месту учёбы.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Температура 37,5 °С. Кожные покровы и склеры умеренно желтушны, сыпи нет.

Периферические лимфоузлы не пальпируются. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс – 64 уд/мин, АД – 100/60 мм рт. ст. Язык влажный, обложен у корня белым налётом. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края рёберной дуги, чувствительная при пальпации. Пальпируется селезёнка. Поколачивание по поясничной области отрицательное с обеих сторон.

Биохимические показатели: билирубин общий – 160 ммоль/л, прямой – 102 ммоль/л, непрямой – 58 ммоль/л, АлТ – 640 МЕ/л, АсТ – 488 ммоль/л, щёлочная фосфатаза – 102 ед, протромбиновый индекс – 60%.

В анализе мочи определяются желчные пигменты.

### **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Тактика ведения пациента. Обоснуйте свой выбор.
5. Назовите методы профилактики данного заболевания.

### **Задача.**

Больной 32 лет приехал из Узбекистана 7 дней назад. Заболевание началось с повышения температуры до 38 °С, слабости, снижения аппетита. В течение 5 дней температура утром 38 °С, вечером 39 °С, нарастала головная боль, слабость, исчез аппетит, задержка стула, бессонница. При осмотре врачом-терапевтом участковым на 7 день болезни – состояние средней тяжести, температура 38,4 °С, вялый, адинамичный. Кожа бледная, сухая, на коже живота выявлена розеолезная единичная сыпь. В лёгких без патологии. Тоны сердца приглушены, АД – 90/60 мм рт.ст., Пульс – 78 уд/мин. Язык обложен густым серым налётом у корня, на боковых поверхностях отпечатки зубов. Живот вздут, при пальпации мягкий безболезненный. Пальпируются печень и селезёнка. Госпитализирован.

### Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план лабораторной диагностики с целью подтверждения диагноза.
4. Препараты какой группы Вы бы назначили пациенту в составе комбинированной этиотропной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Перечислите патогенетически обусловленные и опасные осложнения при данном заболевании.

### Задача.

Больной 30 лет заболел вчера вечером, когда появились схваткообразные боли в животе, тошнота, вскоре понос. Температура повысилась до 39,2 С. После 3-4-х дефекаций испражнения стали скудными, появилась слизь. В первый день стул был раз. Отмечались ложные позывы и тенезмы. При поступлении: состояние средней тяжести. Температура тела - 38,3 С. АД- 100/70 мм рт.ст. Тоны сердца умеренно приглушены. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный при пальпации. Кал жидкий, со слизью и прожилками крови.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план лабораторной диагностики с целью подтверждения диагноза.

### Задача

В приемный покой инфекционной больницы доставлен мужчина 30 лет с жалобами на одышку, слабость, тошноту, рвоту, нарушение зрения. Из анамнеза установлено, что 12 часов тому назад больной употребил в пищу осетровый балык домашнего приготовления.

1. Предполагаемый диагноз.
2. План лабораторного обследования и лечения

### Вопросы для контроля знаний:

1. Противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции
2. Оформление экстренного извещения об инфекционном заболевании.
3. Дератизация. Виды. Способы.
4. Сан-эпидемический режим инфекционного стационара. Приказ № 916.
5. Особенности кормления больных с кишечными инфекциями.
6. Особенности кормления больных с вирусными гепатитами.
7. Особенности кормления больных с воздушно-капельными инфекциями.
8. Сан-эпидемический режим и особенности работы апри ООИ.
9. Забор крови на гемокультуру. Направление. Транспортировка.



10. Забор крови на стерильность. Направление. Транспортировка.
11. Забор крови на серологию. Направление. Транспортировка.
12. Забор крови на биохимию. Направление. Транспортировка.
13. Забор мазков на ВЛ. Направление. Транспортировка.
14. Подготовка пациента к ректороманоскопии.
15. Забор мазков на менингококк. Направление. Транспортировка
16. Забор кала на шигеллез. Правила забора. Направление.  
Транспортировка.
17. Забор кала на сальмонеллез. Правила забора. Направление.
18. Забор кала на брюшной тиф. Правила забора. Направление.
19. Посев кала на кишечные патогенные м.о. Направление.  
Транспортировка
20. Сбор мочи на стерильность. Правила забора. Транспортировка.
21. Правила введения сывороток.
22. Правила введения анатоксинов, гамма-глобулинов.
23. Эпидемический анамнез.
24. Прободная язва тонкого кишечника. Клиника. Неотложная помощь.
25. ПТИ. Клиника. Неотложная помощь.
26. ОДН. Клиника. Неотложная помощь.
27. Ложный круп. Клиника. Неотложная помощь.
28. ИТШ. Клиника. Неотложная помощь.
29. Гиповолемический шок. Клиника. Неотложная помощь.
30. Малярийная кома. Клиника. Неотложная помощь.
31. Анафилактический шок. Клиника. Неотложная помощь.
32. Кишечное кровотечение. Клиника. Неотложная помощь.
33. Печеночная кома. Клиника. Неотложная помощь.

**МДК02.01 Часть 3 Лечение пациентов во фтизиатрии**  
**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

**1. Вопросы для устного опроса**

1. Формы профессиональной патологии легких.
2. Проявления ТВ при профессиональной патологии легких.
3. Методы диагностики ТВ.

**2. Тестовые задания:**

1. Какое из заболеваний не относится к профессиональной патологии легких:
  - 1) Пневмокониоз
  - 2) Бронхиальная астма
  - 3) Экзогенный аллергический альвеолит
  - 4) Саркоидоз\*
  - 5) Пылевой бронхит
2. Синдром Каплана встречается при сочетании силикоза с:

- 1) С ревматоидным артритом
  - 2) Системной красной волчанкой
  - 3) Туберкулезом
  - 4) Саркоидозом
3. Согласно классификации синдрома легочной диссеминации пневмокониоз – это заболевание из группы:
- 1) Альвеолитов
  - 2) Гранулематозов
  - 3) Опухолевых диссеминаций
  - 4) Редких заболеваний
4. Синдром Хаммана-Ричи – это:
- 1) Экзогенный аллергический альвеолит
  - 2) Идиопатический фиброзирующий альвеолит
  - 3) Токсический бронхоальвеолит
  - 4) Геморрагический легочно-почечный синдром
5. Какие факторы являются определяющими в возникновении и развитии туберкулеза?
- 1) Различные штаммы микобактерий
  - 2) Наследственная сниженная устойчивость макроорганизма к МБТ
  - 3) Возрастные особенности макроорганизма
  - 4) Вредные привычки, профессиональные вредности
  - 5) Микобактерии туберкулеза и нарушение иммунитета\*
6. Могут ли присутствовать клетки Пирогова-Лангханса в саркоидозной гранулеме?
- 1) Не могут
  - 2) Могут при сочетании туберкулеза и саркоидоза
  - 3) Могут\*
7. Какая гемограмма типична для саркоидоза?
- 1) Лейкопения, лимфопения, моноцитоз и увеличение СОЭ\*
  - 2) Лейкоцитоз, лимфоцитоз, анэозинофилия
  - 3) Лейкоцитоз, увеличение СОЭ, палочкоядерный сдвиг влево
  - 4) Лейкопения, лимфопения, моноцитоз, анемия, эозинофилия
8. Через какие сроки от начала заболевания пневмонию следует считать затяжной?
- 1) Через 2-3 недели
  - 2) Свыше 6 недель
  - 3) Необходимо ориентироваться не на сроки, а на характер течения пневмонии и наличие осложнений

- 4) Свыше 4 недель\*
9. Какая группа внутригрудных лимфоузлов чаще поражается при саркоидозе?
- 1) Паратрахеальные
  - 2) Парааортальные
  - 3) Бифуркационные
  - 4) Бронхопульмональные\*
10. Какое определение пневмокониоза наиболее правильно?
- 1) Заболевание, обусловленное длительным вдыханием минеральной пыли
  - 2) Профессиональное заболевание легких, вызванное длительным вдыханием производственной пыли
  - 3) Заболевание, обусловленное длительным вдыханием пыли минерального, металлического, растительного или животного происхождения, характеризующееся развитием диффузного пневмофиброза в легких\*

## **Тема 2: Проявления ТВ при профессиональных болезнях легких.**

### **1. Вопросы для устного опроса:**

4. Лабораторные показатели при профессиональной патологии легких.
5. Клинические проявления ТВ при профессиональной патологии легких.
6. Морфологические признаки ТВ при профессиональной патологии легких.

### **2. Тестовые задания:**

11. Как изменяется клиническая картина при присоединении к силикозу туберкулеза?
- 1) Появляются симптомы интоксикации\*
  - 2) Усиливается кашель с выделением мокроты
  - 3) Усиливается одышка, боли в груди при кашле
12. Какая чувствительность к туберкулину чаще бывает при саркоидозе?
- 1) Всегда отрицательная
  - 2) Положительная
  - 3) Нет зависимости
  - 4) Чаще положительная
  - 5) Чаще отрицательная\*
13. Для какого заболевания из перечисленных более характерен симптом сдавления органов при увеличении внутригрудных лимфоузлов?
- 1) Саркоидоз\*
  - 2) Туберкулез
  - 3) Пневмония
  - 4) Кандидомикоз

- 14.** Для какого заболевания наиболее характерно наличие атрофического эндобронхита?
- 1) Туберкулез
  - 2) Саркоидоз\*
  - 3) Лимфогрануломатоз
  - 4) Пневмония
- 15.** На основании каких данных можно верифицировать диагноз саркоидоза?
- 1) Рентгенологических
  - 2) Бактериологических
  - 3) Иммунологических
  - 4) Клинических
  - 5) Гистологических\*
- 16.** Для какой патологии характерно субкапсулярное обызвествление лимфатических узлов корня легкого?
- 1) Силикотуберкулезм
  - 2) Первичный туберкулезный комплекс
  - 3) Остеохондрома
  - 4) Саркоидоз
  - 5) Гистоплазмоз
- 17.** Какие жалобы характерны для больных силикозом?
- 1) Одышка, сухой кашель, боли в груди\*
  - 2) Слабость, быстрая утомляемость, субфебрильная температура
  - 3) Пониженный аппетит, боли в подложечной области, тошнота, изжога
- 18.** Какой метод исследования наиболее приемлем для раннего диагноза силикотического процесса?
- 1) Клинико-рентгенологический\*
  - 2) Функциональный
  - 3) Лабораторный
  - 4) Цито-гистологический
- 19.** Какую форму туберкулеза приходится дифференцировать наиболее часто с силикозом второй стадии?
- 1) Очаговую
  - 2) Диссеминированную\*
  - 3) Инфильтративную
  - 4) Туберкулез внутригрудных лимфоузлов
- 20.** Какие физикальные данные более характерны для силикоза второй и третьей стадий?
- 1) Бочкообразная форма грудной клетки\*

- 2) Бронхиальные хрипы
- 3) Симптом Яновского (мозаичность перкуторного звука, акроцианоз)

**Тема 3: Особенности диспансерного наблюдения больных ТВ с профессиональными болезнями легких.**

**1. Вопросы для устного опроса:**

- 7. Группы диспансерного наблюдения.
- 8. Контроль больных ТВ при профессиональных болезнях легких.
- 9. Стандарты наблюдения и терапии ТВ при профессиональных болезнях легких.

**2. Тестовые задания:**

**21.** С какого возраста должны проводиться массовые флюорографические профосмотры населения?

- 1) С семилетнего возраста
- 2) С семнадцатилетнего возраста
- 3) С двенадцатилетнего возраста
- 4) С пятнадцатилетнего возраста\*

**22.** Какие методы приняты для массового профосмотра с целью своевременного выявления туберкулеза среди населения?

- 1) Флюорографический, иммунологический, термометрия
- 2) Туберкулинодиагностика, исследование мокроты на МБТ методом флотации и посева
- 3) Клинический, рентгеноскопический и рентгенографический
- 4) Флюорографический, туберкулинодиагностика\*

**23.** Какова периодичность флюорографических профосмотров для большинства обязательных контингентов и групп повышенного риска заболевания туберкулезом и раком легких?

- 1) Не реже одного раза в год\*
- 2) Не реже двух раз в год
- 3) Не реже одного раза в два года
- 4) Один раз в три года

**24.** Как часто отмечается развитие туберкулеза у больных силикозом III стадии?

- 1) В 10-25% случаев
- 2) В 50-60% случаев
- 3) В 80-90% случаев\*

**25.** Какая форма туберкулеза чаще развивается на фоне силикоза II стадии?

- 1) Очаговая
- 2) Инфильтративная
- 3) Нет закономерности (любая форма одинаково часто)
- 4) Диссеминированная\*

**26.** Как часто развивается туберкулёз у больных силикозом II стадии?

- 1) В 10-25% случаев
- 2) В 50-60% случаев\*
- 3) В 80-90% случаев

**27.** Как часто развивается туберкулёз у больных силикозом I стадии?

- 1) В 10-25% случаев\*
- 2) В 50-60% случаев
- 3) В 80-90% случаев

**28.** В результате чего, как правило, развивается туберкулез у больных силикозом?

- 1) Несвоевременного прохождения флюорографии
- 2) Несвоевременного проведения ревакцинации БЦЖ
- 3) Обилия микобактерий в силикатической пыли
- 4) Экзогенной суперинфекции микобактериями туберкулеза
- 5) Эндогенной реактивации старых очагов туберкулеза\*

**29.** Кто отвечает за проведение профилактических осмотров населения на участке?

- 1) Участковый фтизиатр
- 2) Участковый терапевт
- 3) Заведующий региональной поликлиникой
- 4) Главный врач регионального противотуберкулезного учреждения
- 5) Все перечисленные, каждый за свой раздел работы. \*

**Тема 4: Терапия ТВ у больных с профессиональной патологией легких.**

**1. Вопросы для устного опроса:**

- 10. Антибактериальная химиотерапия ТВ.
- 11. Оценка эффективности химиотерапии ТВ.
- 12. Осложнения химиотерапии и методы их предупреждения и профилактики.

**2. Тестовые задания:**

**30.** Назначением какого препарата целесообразно дополнить химиотерапию

тубплеврита, если выпот поддерживает интоксикацию и одышку?

- 1) Преднизолон\*
- 2) Туберкулин
- 3) Этазол
- 4) Продигиозан
- 5) Фибс

**31.** Какой принцип был положен в основу классификации противотуберкулезных препаратов Международного противотуберкулезного союза?

- 1) Химическое строение
- 2) Способность действовать внутриклеточно
- 3) Проницаемость в очаги воспаления
- 4) Механизм действия
- 5) Выраженность туберкулоstaticкого действия\*

**32.** О какой фармакологической несовместимости при одновременном внутривенном назначении необходимо помнить при лечении больного с легочно-сердечной недостаточностью?

- 1) Сердечные гликозиды и физиологический раствор
- 2) Адреномиметики и холиноблокаторы
- 3) Бета-адреномиметики и интал
- 4) Эуфиллин и физиологический раствор
- 5) Сердечные гликозиды и эуфиллин\*

**33.** Что необходимо уточнить прежде чем приступать к коррекции одышки при патологии органов дыхания?

- 1) Форму туберкулеза легких
- 2) Уровень иммуноглобулинов крови
- 3) Кислотно-щелочное равновесие крови
- 4) Гематокрит
- 5) Тип вентиляционных нарушений\*

**34.** Каким побочным реакциям на химиотерапию свойственна стереотипность клинических проявлений?

- 1) Токсическим
- 2) Дисбактериозу
- 3) Идиосинкразии
- 4) Аллергическим\*

**35.** Каким побочным реакциям на химиотерапию свойственна органоспецифичность?

- 1) Токсическим\*
- 2) Аллергическим

- 3) Дисбактериозу
- 4) Идиосенкразии

**36.** На каком этапе комплексного лечения туберкулеза легких следует применять биогенные стимуляторы?

- 1) В начале лечения при выраженных экссудативных проявлениях
- 2) На заключительном этапе химиотерапии
- 3) После двухмесячной предварительной химиотерапии при замедленной рентгенодинамике\*

**37.** Какие основные свойства гепарина обуславливают показания к его назначению в комплексном лечении туберкулеза?

- 1) Антигистаминное, антикоагуляционное
- 2) Потенцирующее действие антибиотиков
- 3) Потенцирующее действие химиопрепаратов
- 4) Противовоспалительное, улучшает микроциркуляцию, десенсибилизирующее\*

**38.** Какие аэрозольные установки позволяют получить высокодисперсную, однородную аэрозоль?

- 1) Турбоингаляторы
- 2) Пневматические
- 3) Ингаляторы индивидуального пользования
- 4) Все перечисленные
- 5) Ультразвуковые\*

**39.** Какие препараты являются бронхоселективными бета-адреномиметиками?

- 1) Беротек, сальбутамол, астмопент\*
- 2) Атровент, тровентол, атропин
- 3) Эуфиллин, теопек, теофиллин
- 4) Адреналин, норадреналин, эфедрин

## **Тема 5: Профилактика ТВ при профессиональных болезнях легких.**

### **1. Вопросы для устного опроса:**

- 13. Химиопрофилактика ТВ.
- 14. Неспецифическая профилактика ТВ.
- 15. Режимы химиотерапии ТВ.

### **2. Тестовые задания:**

**41.** В каком случае из перечисленных туберкулез органов дыхания выявлен своевременно?



- 1) Первичный тубкомплекс в фазе распада, МБТ-
- 2) Цирротический туберкулез первого сегмента правой верхней доли, МБТ -
- 3) Туберкулема в фазе распада, МБТ -
- 4) Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого, МБТ -\*

**42. Что подразумевается под очагом туберкулеза?**

- 1) Место жительства больного туберкулезом легких
- 2) Регион с высокой заболеваемостью туберкулезом
- 3) Регион с ростом заболеваемости туберкулезом
- 4) Место жительства или работы больного туберкулезом бацилловыделителя\*

**43. Кто проводит текущую дезинфекцию в очаге туберкулеза?**

- 1) Родственники пациента или он сам\*
- 2) Сотрудники районной поликлиники
- 3) Сотрудники санитарно-эпидемической службы
- 4) Сотрудники коммунальных служб города
- 5) Сотрудники противотуберкулезного диспансера
- 6) Сотрудники дезстанции по заявке тубдиспансера

**44. Какая форма туберкулеза наиболее опасна в эпидемиологическом отношении?**

- 1) Казеозная пневмония
- 2) Милиарный туберкулез
- 3) Цирротический туберкулез
- 4) Кавернозный туберкулез
- 5) Фиброзно-кавернозный туберкулез\*

**45. В каком варианте ответа приведена правильная методика обработки посуды с остатками пищи в противотуберкулезных учреждениях?**

- 1) Замачивание в 2% растворе гипохлорита на 45 минут
- 2) Кипячение в 2% растворе пищевой соды 15 минут с момента закипания\*
- 3) Замачивание в 5% растворе хлорамина на 30 минут

**46. Какой метод является методом активной специфической профилактики туберкулеза?**

- 1) Вторичная химиопрофилактика
- 2) Массовая туберкулинодиагностика
- 3) Туберкулинотерапия
- 4) Массовая флюорография
- 5) Вакцинация БЦЖ \*

**47. Какие пути передачи тубинфекции выделяют?**

- 1) Капельный, пылевой, контактный, внутриутробный

- 2) Аэрогенный, алиментарный, контактный, внутриутробный\*
- 3) Воздушно-пылевой, контактный, через околоплодные воды
- 4) Капельный, пылевой, алиментарный, контактный

**48.** Какая клиническая форма туберкулеза относится к запущенному случаю выявления туберкулеза?

- 1) Любая при наличии бацилловыделения
- 2) Диссеминированная
- 3) С наличием деструкции легочной ткани
- 4) Фиброзно-кавернозная \*

**49.** Всегда ли однократное обнаружение МБТ в мокроте пациента методом бактериоскопии подтверждает активность туберкулеза?

- 1) Да
- 2) Нет\*
- 3) Да, если бактериоскопия сделана с использованием метода флотации

**50.** Какие контингенты населения из перечисленных составляют группу повышенного риска заболевания туберкулезом легких?

- 1) Лица с остаточными изменениями в легких, плевре и внутригрудных лимфоузлах
- 2) Больные сахарным диабетом, язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, длительно леченные глюкокортикоидными гормонами, пациенты с болезнью оперированного желудка\*
- 3) Курильщики, алкоголики, наркоманы
- 4) Лица длительное время работавшие на вредном производстве
- 5) Все приведенные контингенты

#### **МДК02.01 Часть 4 Лечение пациентов с заболеваниями нервной системы**

Тема 1. Основные принципы лечения заболеваний нервной системы.

##### **Вопросы для устного опроса:**

- 1. Чем обусловлены эффекты НПВС?
- 2. Почему нельзя назначать НПВС новорожденным?
- 3. Тромболитики, побочные эффекты.
- 4. Антидепрессанты, препараты, эффекты
- 5. Ноотропы, эффекты
- 6. Нейролептики, побочные эффекты?

##### **Тестовые задания:**

Основной побочный эффект тромболитиков?

- 1. Кровотечение+
- 2. Тромбообразование
- 3. лейкопения

#### 4. ототоксичность

На ингибировании какого фермента основан эффект препаратов группы НПВС

1. фосфолипазы
2. циклооксигеназы+
3. глюкуронилтрансферазы
4. редуктазы

На какой срок назначаются антидепрессанты?

1. 7 дней
2. 15 дней
3. 1 месяц
4. Более 3-х месяцев+

В какое время необходимо назначить тромболитики при ишемическом инсульте?

1. Первые сутки
2. В течение острого периода
3. Первые 4,5 часа+
4. Не зависит от времени

После назначения пациенту препарата из группы НПВС, у пациента возникла одышка, цианоз, затруднение дыхания. Объективно: АД 80/40 мм.рт.ст, пульс 130 ударов в минуту, ЧДД 30 в мин, бледность кожных покровов. Ваш диагноз? Какие меры необходимо предпринять?

Ответ: анафилактический шок

Тема 2. Лечение заболеваний периферической нервной системы и неврологических осложнений остеохондроза.

#### **Вопросы для устного опроса:**

Какие вы знаете виды полиневропатий?

Какие основные причины острых аксональных полиневропатий?

Какова клиника алкогольной полиневропатии?

В чем заключается лечение полиневропатий?

Какие вы знаете причины невропатии лицевого нерва?

Какой нерв поражается при наложении жгута на среднюю треть плеча и какова его клиника?

Какое лечение туннельных невропатий?

Что такое остеохондроз?

#### **Тестовые задания:**

1. К причинам острой аксональной полиневропатии относится?

1. Ожирение
  2. Курение
  3. Отравления+
  4. Возраст
2. К причинам хронической алкогольной полиневропатии относится?
1. Алкоголь+
  2. Болезни крови
  3. Сердечная недостаточность
  4. Курение
3. Синдром Гийена Барре характеризуется следующим симптомом
1. Повышение тонуса
  2. Слабость в нижних конечностях+
  3. Повышение силы на руках
  4. Акроцианоз
4. Самым эффективным в лечении синдрома Гийена Барре является?
1. НПВС
  2. Антигистаминные препараты
  3. Плазмаферез с введением иммуноглобулина+
  4. Антикоагулянты
5. Невропатия лицевого нерва характеризуется следующим симптомом?
1. Снижение слуха
  2. Нарушение речи
  3. Паралич мимической мускулатуры+
  4. Снижение чувствительности

### **Ситуационные задачи.**

Больной А., 40 лет. Жалобы на слабость в дистальных отделах нижних конечностей, изменение походки, постоянные парестезии и жгучие боли в стопах и голенях. В течение ряда лет больной употребляет алкоголь, заболевание развивалось постепенно.

Объективно: симметричные парезы стоп с преимущественным поражением тыльных сгибателей стопы и пальцев с атрофией мышц, походка «петушиная» (степпаж). Ахилловы рефлекс отсутствуют. Чувствительные расстройства имеют вид «носков». Нарушена вибрационная и тактильная чувствительность. Отечность, гиперпигментация кожи нижних конечностей.

1. Выделить клинические синдромы.
2. Поставить топический диагноз.
3. Поставить клинический диагноз.
4. Назначить дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.
5. Назначить лечение и определить методы вторичной профилактики.

Ответ

1. Периферический парез стоп, полиневритический тип расстройства чувствительности и вегетативные расстройства в них.

2. Поражены нервы нижних конечностей.
3. Алкогольная полиневропатия.
4. ЭНМГ нижних конечностей.
5. Лечение: ежедневно по 100мг тиамина, фолиевая кислота, витамины В6 и В12 или мильгамма, ЛФК.

Профилактика: отказ от алкоголя, диета богатая витаминами.

Тема 3. Принципы лечения инфекционных заболеваний центральной нервной системы

**Вопросы для устного опроса:**

Менингит и менингеальный синдром

Какие изменения в ликворе бывают при менингитах?

Что такое энцефалит? Виды энцефалитов

Диагностика менингита

Лечение менингитов

**Тестовые задания:**

1. Симптом, характерный для клещевого энцефалита:

1. центральный гемипарез
2. вялые парезы верхних конечностей
3. проводниковые нарушения чувствительности
4. сходящееся косоглазие
5. расстройство сна

Ответ: 2

2. Симптом, характерный для клещевого энцефалита:

1. центральный гемипарез
2. проводниковые нарушения чувствительности
3. сходящееся косоглазие
4. лимфоцитарный плеоцитоз в ликворе
5. расстройство сна

Ответ: 4

3. Симптом, характерный для туберкулезного менингита:

1. острое начало
2. уровень белка в ликворе N или понижен
3. Нейтрофильный плеоцитоз в ликворе
4. лимфоцитарный плеоцитоз в ликворе с высоким содержанием белка
5. повышенное содержание сахара в ликворе

Ответ: 4

4. Энцефалит это

1. Воспаление оболочек головного мозга
2. Воспаление вещества головного мозга
3. Поражение спинного мозга
4. Поражение нервов

### Ситуационные задачи

Больная, 22-х лет. Поступила в больницу на пятый день болезни. Заболевание началось с катаральных явлений и субфебрильной температуры. Накануне госпитализации возник резкий озноб, интенсивная головная боль, преимущественно в затылочной области, боль в спине, ногах, тошнота. Несколько раз была рвота. Температура 39,6. Ночью был припадок генерализованных тонических и клонических судорог с потерей сознания, прикусом языка и непроизвольным мочеиспусканием. Приступ продолжался 1,5-2 минуты.

При поступлении в больницу больная заторможена. На вопросы отвечает не сразу, стонет от головной боли. Лежит на боку, голова запрокинута назад, ноги согнуты в коленных и тазобедренных суставах, живот ладьевидно втянут. Болезненно реагирует на шум, яркий свет и прикосновение к телу.

На верхней губе герпетические высыпания. Пульс 108 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление 140/90. на глазном дне гиперемия сосков зрительных нервов, перипапиллярный отек сетчатки с точечными кровоизлияниями. Лагофталм справа. Грубо опущен правый угол рта. Общая гиперестезия.

Ограничение активных движений в правом голеностопном суставе и пальцах стопы. Брюшные рефлексы справа ослаблены. Резко выражена ригидность мышц затылка. Симптом Кернига резко положительный с обеих сторон. Положительный симптом Брудзинского. Болезненность при надавливании на глазные яблоки. Кровь: лейкоцитоз – 80000, эозинофилы – 2%, палочкоядерные – 16%, сегментоядерные – 66%, лимфоциты – 10%, моноциты – 6%. Спинномозговая жидкость мутная. Цитоз – 1400/3, преимущественно нейтрофилы. Реакция Панди и Нонне-Апельта резко положительные. При бактериоскопическом исследовании обнаружены диплококки, расположенные внутри лейкоцитов.

- 1) Неврологические синдромы?
- 2) Предварительный клинический диагноз?
- 3) Предполагаемая причина (этиология) заболевания?
- 4) Лечение и прогноз

Больной А, 18 лет. Заболел остро. В течение недели беспокоил насморк, першение в горле, отмечался подъем температуры тела до 38 °C.

К врачу не обращался, лечился самостоятельно жаропонижающими средствами.

В конце периода возникла сильная головная боль, тошнота, рвота, боль в мышцах затылка, шеи, озноб, повышение температуры до 39,5 °C. На губах у носогубных складок появились герпетические высыпания.

Объективно:

— температура тела 38,5 °C, пульс ритмичный, 90 ударов в мин.,

- больной несколько заторможен,
- наблюдается световая и тактильная гиперестезия,
- резко выражена ригидность мышц затылка, симптомы Кернига, верхний и нижний симптомы Брудзинского.

При люмбальной пункции:

- ликвор вытекает под давлением, мутный, желто-зеленого цвета;
- по результатам лабораторных исследований – нейтрофильный цитоз.

**Задание**

Обоснуйте предполагаемый диагноз.

Подтвердите диагноз данными исследования ликвора.

Определите объем необходимой помощи и ухода.

**Эталон ответа**

У больного наблюдается инфекционное заболевание нервной системы – менингококковый менингит. Об этом свидетельствуют: общеинфекционный синдром, менингеальный синдром. При менингококковом менингите отмечается изменение ликвора: повышение давления, нейтрофильный цитоз, желто-зеленый цвет. Поместить пациента в инфекционную больницу (боксированное отделение), учитывая приоритетную проблему – гиперестезия – обеспечить тихую палату с приглушенным светом, обеспечить борьбу с гипертермией и отеком мозга, проводить антибактериальную терапию, гигиенический уход.

Тема 4. Принципы лечения сосудистых заболеваний центральной нервной системы

**Вопросы для устного опроса:**

1. Что такое ОНМК?
2. Виды ОНМК, классификация ишемических инсультов
3. Основные симптомы инсульта?
4. Тактика фельдшера при подозрении на инсульт
5. Диагностика инсультов?
6. Лечение ишемических инсультов?
7. Лечение геморрагических инсультов?
8. Что такое транзиторная ишемическая атака?
9. Тактика фельдшера при ТИА?

**Тестовые задания:**

Инсульт – это:

- а) острое нарушение кровообращения лёгких
- б) острое нарушение кровообращения печени и почек
- в) острое нарушение кровообращения головного мозга +

4. Что относят к инсультам:

- а) инфаркт мозга +
- б) остановку сердца
- в) оба варианта верны
- г) нет верного ответа

5. Что относят к инсультам:

- а) кровоизлияние в лёгкие
- б) отказ почек
- в) кровоизлияние в мозг +

6. Какое место в мире занимают сосудистые заболевания в структуре смертности от заболеваний системы кровообращения:

- а) 3
- б) 2 +
- в) 1

7. Больные с острым нарушением мозгового кровообращения транспортируются:

- а) сидя;
- б) лежа на боку;
- с) +лежа на спине;
- д) самостоятельное передвижение

### **Ситуационные задачи**

Больной 58 лет. Жалобы на головные боли, головокружение, шум в голове, резкую слабость в левых конечностях. Ухудшение в течение недели: усилились головные боли, периодически появлялась слабость в левых конечностях, которая прогрессировала. Сегодня утром больной встал с постели, упал. Объективно: сознание оглушенное. Кожные покровы обычные. Сглаженность правой носогубной складки, птоз правого верхнего века. Сила мышц левых конечностей резко снижена. Тоны сердца ясные, громкие, акцент 2 тона над аортой. АД 190/100 мм рт ст (рабочее 150/90). В легких жесткое дыхание, хрипов нет, ЧДД 22 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Ваш диагноз?

Тема 5. Принципы лечения травм центральной нервной системы.  
Классификация ЧМТ

### **Вопросы для устного опроса:**

1. Что такое сотрясение, ушиб головного мозга?
2. Какие признаки сотрясения вы знаете?
3. Какие признаки ушиба головного мозга вы знаете?
4. Что необходимо для диагностики ЧМТ?
5. Лечение травм ЦНС



**Тестовые задания:**

1. Сотрясение головного мозга от ушиба мозга отличается

- а) наличием "светлого промежутка"
- б) отсутствием очаговой симптоматики +
- в) наличием повышенного АД
- г) нарушением сна

2. Характерный признак сдавления головного мозга

- а) однократная рвота
- б) менингеальные симптомы
- в) "светлый промежуток" +
- г) кратковременная потеря сознания сразу после травмы

3. Типичное проявление перелома основания черепа

- а) кровотечение и ликворрея из носа и ушей +
- б) отек век
- в) подкожная эмфизема
- г) двоение в глазах

4. Неотложная помощь при черепно-мозговой травме заключается в применении

- а) наркотиков
- б) противорвотных препаратов
- в) пузыря со льдом на голову +
- г) кордиамина

5. При ушибе головного мозга сознание чаще всего

- а) утрачивается после "светлого промежутка"
- б) утрачивается на несколько секунд или минут
- в) ясное
- г) утрачивается на длительное время +

6. Метод лечения субдуральной гематомы

- а) введение наркотиков
- б) назначить чреззондовое питание
- в) переливание крови
- г) трепанация черепа +

7. Результат спинномозговой пункции при внутримозговой гематоме

- а) нет изменений
- б) примесь гноя
- в) повышение давления ликвора +
- г) хлопья

8. Для профилактики и борьбы с отеком мозга применяют

- а) оксигенотерапию
- б) физиотерапию
- в) дегидратационную терапию+
- г) баротерапию

### **Ситуационные задачи**

#### **Задача 1.**

Больной А.. 36 лет через 12 часов после травмы головы потерял сознание. Был доставлен «скорой» в больницу. При осмотре - состояние тяжелое, PS - 60 уд. в мин, АД /go мм рт. ст., НЬ -130 г/л. Выявлен левосторонний гемипарез.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования можно произвести для уточнения диагноза?
3. Наиболее информативный метод исследования при данной патологии?
4. Лечение данного больного?
5. Основные лечебные мероприятия, направленные на борьбу с отеком мозга?

Эталоны ответов:

1. Сдавление мозга внутримозговой гематомой справа.
2. Рентгенография черепа, эхоэнцефалография. спинномозговая пункция, компьютерная томография.
3. Компьютерная томография.
4. Трепанация черепа, удаление гематомы, остановка кровотечения.
5. Дегидратационная терапия (препараты: мочевины, маннитол, лазикс, гипертонические растворы).

#### **Задача 2.**

Больной обратился в поликлинику с жалобами на головную боль, головокружение, тошноту, рвоту. Из анамнеза известно, что сутки назад он упал, ударившись головой о землю. Была кратковременная потеря сознания, обстоятельства травмы не помнит. При осмотре: больной бледен, АД 130/80, брадикардия до 62 ударов в минуту, очаговых неврологических симптомов нет.

Вопросы:

1. Ваш диагноз? Что лежит в основе этой патологии?
2. Какие методы исследования необходимо выполнить дополнительно?
3. Чем обусловлено наличие у больного тошноты и рвоты?
4. Где должен лечиться такой больной?
5. Лечение.

Эталоны ответов:

1. Сотрясение головного мозга. В основе - обратимое молекулярное смещение нервной ткани, приводящее к нарушению функции коры головного мозга.
2. Рентгенография костей черепа, компьютерная томография.
3. Раздражением рвотного центра продолговатого мозга.
4. Больной должен находиться в специализированном нейрохирургическом или неврологическом отделении.  
Постельный режим, дегидратационная, седативная и анальгезирующая терапия.

Тема 6. Принципы лечения опухолей центральной нервной системы

**Вопросы для устного контроля:**

1. Классификация опухолей ЦНС
2. Основные синдромы опухолей головного мозга
3. При помощи каких методов диагностируются опухоли головного и спинного мозга?
4. Что такое дислокационный синдром?
5. Принципы терапии опухолей ЦНС

**Тестовые задания:**

1. Менингиома - это:

- злокачественная опухоль из примитивных нейроэктодермальных клеток
- + доброкачественная опухоль мягких мозговых оболочек из арахноидальных клеток
- острое гнойное воспаление головного мозга
- злокачественная опухоль мягких мозговых оболочек
- доброкачественная опухоль из нервных клеток

2. Наиболее частая злокачественная опухоль головного мозга у детей:

- глиобластома
- менингиома
- + медуллобластома
- гемангиома
- невринома

3. Наиболее частая злокачественная опухоль головного мозга у взрослых:

- гемангиома
- астроцитомы
- неврилемомы
- + глиобластома
- медуллобластома

### **Ситуационные задачи**

Юноша А., 16 лет, поступил в больницу с жалобами на головную боль в области лба, которые беспокоят в течение последних 2-х лет. Полгода назад появились нарушение зрения, походки больного (тянет правую ногу) .

Родственники отмечают странное поведение больного – дурашливость, неопрятность, снижение памяти, изменение речи.

Объективно:

- больной оглушен, вял;
- элементы моторной афазии;
- отсутствует обоняние слева, зрение резко снижено, опущен правый угол рта, сухожильные рефлексы на правых конечностях высокие, симптом Бабинского справа.

Ликвор:

- вытекает под давлением 250 мм вод.ст., белок 1,4 г/л.

При офтальмоскопическом исследовании:

- застойные диски зрительных нервов.

На рентгенограмме черепа (краниограмме):

- остеопороз спинки турецкого седла, усиление пальцевых вдавлений.

Задание

Обоснуйте предполагаемый диагноз.

Какие методы исследований необходимы для уточнения диагноза?

Определите объем лечения и ухода.

Эталон ответа

На основании жалоб, анамнеза и данных клинического обследования — наличие гипертензионного и очагового синдрома, характерного для поражения левой лобной доли, можно поставить диагноз: опухоль левой лобной доли. Наличие гипертензионного синдрома подтверждается офтальмоскопическими, рентгенологическими исследованиями и высоким давлением ликвора.

Для уточнения локализации и объема опухоли необходима КТ и магнито-резонансная томография головного мозга.

Пациенту необходимо назначение дегидратационной терапии, при операбельности опухоли – проведение хирургического лечения.

В дальнейшем проведение комплексной восстановительной терапии.

Тема 7. Принципы лечения эпилепсии. Неотложная помощь при судорожном синдроме.

**Вопросы для устного опроса:**

1. Что такое эпилепсия?
2. Какие виды эпилепсии вы знаете?

3. Какова клиника при эпилепсии?
  4. Тактика фельдшера при эпи припадках?
  5. Тактика фельдшера при эпи статусе?
- Основные принципы терапии эпилепсии?

### **Ситуационные задачи**

Задача

Больной А., 29 лет . разнорабочий. Анамнез без особенностей. ЯМРТ. -норма  
Ранее не лечился.

Дебют в 17 лет. Больной 2-3 раза в год при пробуждении или засыпании внезапно, без ауры,

теряет сознание, иногда с резким пронзительным криком, появляются последовательно

сменяющиеся тонические и клонические судороги, заканчивающиеся амнезией.

Вопрос: назовите предположительный диагноз?

Ответ Эпилепсия с генерализованными тонико-клоническими припадками.

Тема 8. Принципы лечения заболеваний вегетативной нервной системы.

### **Вопросы для устного опроса:**

1. Симпатическая нервная система, основные эффекты ?
2. Парасимпатическая нервная система, основные эффекты?
3. Что такое вегетативный криз? Помощь при вегетативном кризе?
4. Какие виды головных болей вы знаете?
5. Принципы лечения головных болей?
6. Отличие мигрени от головных болей напряжения?

### **Тестовые задания**

Центры симпатической нервной системы находятся в:

- а) Боковых рогах спинного мозга +
- б) Передних рогах спинного мозга
- в) Стволе мозга

2. Центры парасимпатической нервной системы находятся в:

- а) Передних рогах спинного мозга
- б) Стволе мозга +
- в) Боковых рогах спинного мозга +

3. Основным медиатором симпатической нервной системы является:

- а) Серотонин
- б) Адреналин
- в) Норадреналин +

4. Координацию работы всех отделов вегетативной нервной системы осуществляют:

- а) Гипоталамус +
- б) Спинной мозг
- в) Кора больших полушарий +

Женщина 25 лет жалуется на периодические приступы сильной головной боли в правой половине головы, правого глазного яблока, которые беспокоят ее около 6 лет. Приступ продолжается в течение всего дня, головная боль нарастает до нестерпимой, часто сопровождается рвотой. Во время приступа не может ничего делать, вынуждена находиться в темной комнате, пытается заснуть. Чтобы облегчить состояние принимает любые анальгетики или вольтарен, но чаще это не помогает. Обычно приступ связан с началом менструального цикла. При неврологическом осмотре очаговой симптоматики не выявлено. Пациентка рассказала, что у ее матери были похожие приступы.

Задания:

1. Поставьте предположительный клинический диагноз.
2. Требуется ли срочная госпитализация?
3. Консультации каких специалистов необходимо назначить?
4. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
5. Назначьте лечение.

Тема 9. Принципы лечения дегенеративных, демиелинизирующих и нервно-мышечных заболеваний нервной системы.

1. Что такое болезнь Паркинсона ?
2. Чем отличается болезнь Паркинсона от синдрома Паркинсона?
3. Основы терапии Болезни Паркинсона
4. Что такое болезнь Альцгеймера? Основные симптомы
5. Рассеянный склероз, клиника, лечение?
6. Что такое миастения и миастенический криз?
7. Неотложная помощь при миастеническом кризе?

В основе патогенеза болезни Паркинсона лежит отсутствие?

1. норадреналина
2. дофамина
3. серотонина
4. ацетилхолина

При миастеническом кризе вводят препарат из группы?

- Антигистаминные
- Антихолинэстеразные
- ГКС

## НПВС

### Задача

На приеме больной 70 лет, приведен родственниками. Жалобы (высказаны родственниками) на медлительность движений (все движения осуществляются как бы с трудом), нарушение равновесия, вплоть до падений (в последнее время), тихую, монотонную речь, отсутствие мимики, снижение настроения. Симптомы, появившись около полугода назад постепенно прогрессируют. За мед помощью больной обращается впервые.

Объективно: больной передвигается мелкими шагами, содружественные движения рук при ходьбе отсутствуют. Отмечается явление пропульсии (больной, если его слегка подтолкнуть, по инерции движется вперед и не может сразу остановиться). В позе Ромберга неустойчив, ПНП — с промахиванием. Тонус скелетной мускулатуры повышен. Ориентирован в собственной личности, времени и месте верно. Контакт доступен. Фон настроения снижен. Больной апатичен, вял.

Предположительный диагноз? Какие формы заболевания существуют по преобладанию тех или иных симптомов в клинике? Принципы лечения? Особенности сестринского ухода?

Эталоны ответов: Болезнь Паркинсона; акинетико-ригидная форма. По преобладанию тех или иных симптомов выделяют акинетико-ригидную, ригидно-дрожательную и дрожательную формы паркинсонизма. Для лечения паркинсонизма врач выбирает индивидуальную схему с учетом выраженности отдельных симптомов болезни, степени функциональной дезадаптации, а также наличия побочных эффектов терапии.

Группы препаратов: центральные холинолитики (циклодол, паркопан, линезин, норакин, тропацин); мидантан (амантадин); трициклические антидепрессанты: (амитриптилин, имипрамин); ингибиторы МАО-В, агонисты дофаминовых рецепторов (парлодел (бромокриптин)); ДОФА-содержащие препараты, симптоматическое лечение, включая антисклеротические средства, сосудорасширяющие препараты, препараты, улучшающие метаболические процессы. Уход за больным с паркинсонизмом обусловлен значительной мышечной скованностью и мышечным дрожанием (гиперкенизами).

Больным надо помогать одеваться, раздеваться, принимать пищу, следить соблюдением гигиенических процедур. Если больной находится дома, задача медицинской сестры — научит простейшим методам ухода его близких.

Задачи: Лечение пациентов с инфекционными заболеваниями и ВИЧ инфекцией и эпидемиологией

### Задача 1

Больная 25 лет поступила в клинику инфекционных болезней с предварительным диагнозом «пищевая токсикоинфекция».

Клинические данные: температура тела – 39,5°C, головная боль, озноб, ломота в теле, тошнота, многократная рвота, частый жидкий стул.

Эпидемиологические данные: за день до заболевания употребляла пирожные с кремом. В течение 2-х дней в районе было зарегистрировано ещё 4 аналогичных случая. При эпидемиологическом обследовании кафе, в котором заболевшие употребляли пирожные, у кондитера был обнаружен на пальце руки панариций.

Вопросы:

1. Какие микроорганизмы могли в данной ситуации вызвать пищевую токсикоинфекцию?
2. Выскажите гипотезу о пути передачи возбудителей пищевой токсикоинфекции в данной ситуации.
3. Какие оптимальные условия для накопления в продуктах энтеротоксинов возбудителей пищевых токсикоинфекций?
4. В чём основные причины попадания в пищу возбудителей пищевой токсикоинфекции в данной ситуации?
5. Какие мероприятия по профилактике пищевых токсикоинфекций необходимо проводить в данной ситуации?

Задача 2

Больной М. 27 лет обратился к врачу-терапевту участковому на 2 день болезни с жалобами на сильную головную боль в лобной области, боли в глазных яблоках, мышцах и суставах, общую слабость, отсутствие аппетита, частый сухой кашель, заложенность носа и незначительные выделения из носа, чувство першения и царапанье за грудиной.

Анамнез заболевания: заболел 15.01. в первой половине дня, когда почувствовал озноб, повысилась температура до 39,0°C, появилась головная боль в области лба, боль при движении глазными яблоками. Ночью не спал, озноб сменялся чувством жара. На следующий день появился сухой кашель, заложенность носа, чувство першения за грудиной, температура повысилась до 39,5°C, головная боль усилилась.

Эпидемиологический анамнез: за 2 дня до заболевания навещал друзей в общегитии, среди которых были лица с подобными симптомами.

Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Лицо одутловатое, несколько гиперемировано. На теле сыпи нет. Носовое дыхание затруднено. В зеве разлитая яркая гиперемия задней стенки глотки и её зернистость, отмечаются единичные кровоизлияния на слизистой мягкого нёба. В лёгких – жёсткое дыхание, единичные сухие хрипы. Пульс – 102 уд/мин, ритмичный, АД – 115/80 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены.

Вопросы:



- 1.Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный диагноз.
3. Составьте план лабораторного обследования больного для верификации диагноза.
4. Какие противовирусные препараты Вы бы рекомендовали пациенту?
5. Кто подлежит обязательной вакцинации против гриппа?

#### Задача. 3

Больной М. 16 лет направлен с приёма в поликлинике в инфекционную больницу 20.08. с жалобами на плохой аппетит, ноющие боли в правом подреберье, потемнение мочи, желтушную окраску кожи и склер.

Анамнез болезни: заболел 14.08., когда повысилась температура до 38°C, появилась головная боль, тошнота, двукратная рвота. Все последующие дни сохранялась температура в пределах 37,6–38 °С, беспокоила общая слабость, головная боль, тошнота, плохой аппетит. 19.08. заметил потемнение мочи и посветление кала. 20.08. появилась желтушность кожи и склер.

Эпидемиологический анамнез: живёт в студенческом общежитии, в комнате 4 человека. Периодически питается в столовой по месту учёбы.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Температура 37,5 °С. Кожные покровы и склеры умеренно желтушны, сыпи нет.

Периферические лимфоузлы не пальпируются. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс – 64 уд/мин, АД – 100/60 мм рт. ст. Язык влажный, обложен у корня белым налётом. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края рёберной дуги, чувствительная при пальпации. Пальпируется селезёнка. Поколачивание по поясничной области отрицательное с обеих сторон.

Биохимические показатели: билирубин общий – 160 ммоль/л, прямой – 102 ммоль/л, не прямой – 58 ммоль/л, АлТ – 640 МЕ/л, АсТ – 488 ммоль/л, щёлочная фосфатаза – 102 ед, протромбиновый индекс – 60%.

В анализе мочи определяются желчные пигменты.

#### Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Тактика ведения пациента. Обоснуйте свой выбор.
5. Назовите методы профилактики данного заболевания.

#### Задача. 4

Больной 32 лет приехал из Узбекистана 7 дней назад. Заболевание началось с повышения температуры до 38 °С, слабости, снижения аппетита. В течение 5 дней температура утром 38 °С, вечером 39 °С, нарастала головная боль, слабость, исчез аппетит, задержка стула, бессонница. При осмотре врачом-терапевтом участковым на 7 день болезни – состояние средней тяжести,

температура 38,4 °С, вялый, адинамичный. Кожа бледная, сухая, на коже живота выявлена розеолезная единичная сыпь. В лёгких без патологии. Тоны сердца приглушены, АД – 90/60 мм рт.ст., Пульс – 78 уд/мин. Язык обложен густым серым налётом у корня, на боковых поверхностях отпечатки зубов. Живот вздут, при пальпации мягкий безболезненный. Пальпируются печень и селезёнка. Госпитализирован.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план лабораторной диагностики с целью подтверждения диагноза.
4. Препараты какой группы Вы бы назначили пациенту в составе комбинированной этиотропной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Перечислите патогенетически обусловленные и опасные осложнения при данном заболевании.

Задача. 5

Больной 30 лет заболел вчера вечером, когда появились схваткообразные боли в животе, тошнота, вскоре понос. Температура повысилась до 39,2 С. После 3-4-х дефекаций испражнения стали скудными, появилась слизь. В первый день стул был раз. Отмечались ложные позывы и тенезмы. При поступлении: состояние средней тяжести. Температура тела - 38,3 С. АД- 100/70 мм рт.ст. Тоны сердца умеренно приглушены. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный при пальпации. Кал жидкий, со слизью и прожилками крови.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план лабораторной диагностики с целью подтверждения диагноза.

Задача 6

В приемный покой инфекционной больницы доставлен мужчина 30 лет с жалобами на одышку, слабость, тошноту, рвоту, нарушение зрения. Из анамнеза установлено, что 12 часов тому назад больной употребил в пищу осетровый балык домашнего приготовления.

1. Предполагаемый диагноз.
2. План лабораторного обследования и лечения.

МДК02.01 Часть 5 Лечение пациентов с психическими заболеваниями

**Тестовый контроль**

1	Шизофрении детского возраста свойственно все перечисленное, кроме
А	высокосистематизированного интерпретативного бреда
Б	бредоподобного фантазирования
В	обсессий
Г	фобий
2	Для шизофрении подросткового возраста характерны все перечисленные синдромы, кроме
А	паранойяльного бреда с высокой степенью систематизации
Б	метафизической интоксикации
В	гебоидного синдрома
Г	дисморфофобии
3	Для поздно манифестирующего шизофренического процесса (поздней шизофрении) характерны все перечисленные признаки, кроме
А	преобладания неврозо- и психопатоподобных форм
Б	незавершенности прогрессивного развития заболевания
В	редкости развития конечных состояний, вторичной кататонии
Г	стабилизации процесса на параноидном или парафреническом этапе
4	Характерными для позитивных расстройств при поздней шизофрении являются все перечисленные признаки, кроме
А	отсутствия тактильных и обонятельных галлюцинаций
Б	направленности экспансивных бредовых идей в прошлое
В	сценopodobности галлюцинаций
Г	малого масштаба бредовых построений
5	Для галлюцинаторно-параноидной формы поздней шизофрении характерны все перечисленные признаки, кроме
А	крайнего разнообразия, быстрой смены синдромов в картине болезни
Б	связи галлюцинаторных переживаний с конфабуляторными
В	отсутствия тенденции к усложнению симптомов психического автоматизма
Г	возникновения симптомов психического автоматизма
6	При рекуррентной шизофрении рекомендуются все перечисленные принципы реабилитации больных, кроме

А	отведения основной роли отделенческой трудовой терапии
Б	смягчения режима по мере обратного развития приступа
В	установки на возвращение к работе и привычному образу жизни
Г	режима "отпусков" и "открытых дверей" по мере улучшения состояния
7	Реабилитационные мероприятия при параноидной шизофрении включают все перечисленное, кроме
А	музыкотерапии, элементов психодрамы Морено
Б	работы в лечебных мастерских
В	системы поэтапной трудовой реабилитации с конечной целью трудоустройства больных на обычные предприятия
Г	преодоления явлений "госпитализма"
8	Развитие у больных шизофренией явлений госпитализма связано со всем перечисленным, кроме
А	общения с психически больными лицами
Б	ограничения контактов
В	бездеятельности, скудности впечатлений
Г	отрицательных депривационных последствий длительного применения нейролептиков
9	При злокачественной юношеской шизофрении
А	больные нуждаются в оформлении первой или второй группы инвалидности, но могут работать в ЛТМ
Б	больные нуждаются в оформлении второй или третьей группы инвалидности
В	больные большую часть времени могут сохранять работоспособность
Г	больные могут работать на обычных промышленных предприятиях и наблюдаться в ПНД для коррекции терапии
10	Наиболее вероятные возможности сохранения трудоспособности
А	при рекуррентной или приступообразно-прогредиентной шизофрении, близкой к рекуррентной
Б	параноидной шизофрении
В	злокачественной шизофрении
Г	приступообразно-прогредиентной шизофрении, близкой к параноидной

## **Ситуационные задачи**

### **Задача №1**

К детскому психиатру обратилась мать ребенка М., 2 лет с жалобами на то, что сын часто плачет без всякой причины, с трудом поддается уговорам, со злостью отталкивает мать, пытается причинит ей боль. Новыми игрушками не интересуется. Увидев плюшевого слона, которого подарил папа, испугался, расплакался. Играет один, сидя в углу, рвет на мелкие кусочки бумагу, обматывает руки поясами от платьев. При попытке познакомить сына с соседскими детьми, убегает, прячется. Дружить ни с кем не хочет.

Вопрос: какой описан психопатологический синдром?

1. Астенический
2. Детских страхов
3. Детского аутизма
4. Псевдогаллюцинации
5. Синдром Жиль де Туретта

Ответ: 3

### **Задача № 2**

Больной С., 42 лет, вырос в семье, где главной задачей в жизни считали достижение личного успеха, «положения в обществе». Хотя у больного были ограниченные способности и учеба давалась с определенным трудом, из-за требований родителей он всячески стремился превзойти в учебе своих товарищей, затрачивал на это массу усилий. После окончания школы поступил в институт, опять-таки по желанию родителей. Занятия в институте требовали еще больших усилий для выполнения даже обычных заданий. Много занимался, нередко в ночное время. Окончив институт, поступил работать на завод сменным инженером. Как только освободилась должность начальника цеха, начал ее активно добиваться, несмотря на то, что профиль цеха не соответствовал полученной им в институте специальности и не вызывал особого интереса. К тому же он не имел достаточного организаторского опыта. Естественно, поэтому, став начальником цеха, он столкнулся с большими трудностями. Коллектив перестал выполнять производственные задания, что вызывало справедливые нарекания и критику со стороны администрации и товарищей по работе. Пытаясь сохранить личный престиж, компенсировал недостаток опыта и знаний резкой интенсификацией своей деятельности. Хотя работа по-прежнему не ладилась, он не смог признать себе в том, что сам виновен в возникшей ситуации и не в состоянии справиться со своими новыми обязанностями. Именно в этот период у него и появились головные боли, бессонница, раздражительность, быстрая утомляемость, резко снизилась работоспособность, из-за чего он и поступил в отделение неврозов.

Вопрос: назовите ведущий синдром:

1. Церебрастенический
2. Ипохондрический
3. Обсессивно-фобический
4. Психопатоподобный
5. Синдром Корсакова.

Ответ: 1

### **Задача № 3**

Больная Б., 57 лет, пенсионерка. Впервые заболела в возрасте 38 лет. Начало болезни связано с длительным физическим и психическим напряжением. Появились сердцебиение, бессонница, страх смерти. В течение 7 лет работала на химическом заводе – просеивала соду от стекольного мусора. Когда больной было 54 года, тяжело болел муж, ухаживала за ним, несла большую нагрузку по дому и на садовом участке. Продолжала работать. Постоянно недосыпала, тревожилась о муже. В это время пережила испуг по поводу разбившегося на улице стекла. Появились опасения загрязнения стекольным мусором, которые вскоре приняли мучительный характер. В состоянии резко пониженного настроения с жалобами на упорные навязчивые страхи была помещена в психиатрическую больницу. Больная в течение 2 недель почти не вставала с постели, много плакала, жаловалась на постоянные навязчивые представления разбившейся посуды, свалок стекольного мусора. Если удавалось заснуть, то снилось «только стекло, горы разбитого стекла».

Вопрос: укажите ведущий синдром:

1. Истерический
2. Астенический
3. Фобический
4. Психоорганический
5. Маниакальный.

Ответ: 3

### **Задача № 4**

Больной П., 46 лет, поступил в стационар с жалобами на страх высоты и воды. Мать больного была впечатлительной, страдала страхом высоты. Больной всегда был смелым, решительным, энергичным, жизнерадостным, трудолюбивым, является авторитетным специалистом. Заболеванию предшествовало утомление. Первый приступ возник в 18 лет. При нахождении на набережной или на мосту появлялся навязчивый страх броситься в воду. Воспринимал это критически, однако был вынужден прибегать к защитным действиям (смена ходьбы на бег, пользование транспортом). Через 3 месяца страхи исчезли. С 34 лет больной стал шахтопроходчиком. С этого времени навязчивый страх высоты и воды. Фобии, впервые возникнув, при спуске больного в шахту, появлялись в период нахождения его в подъемнике шахтного ствола. Затем фобии стали

возникать и на поверхности земли, по мере приближения больного к шахтному стволу. Эти же переживания возникали и дома при пользовании лифтом. С 44 лет состояние резко ухудшилось, так как к описанным проявлениям навязчивых страхов прибавилось чувство тягостного ожидания перед подъемом на высоту. С этого же времени снова появился страх воды. Появилась раздражительность, чувство беспомощности, ухудшился сон. Больной тяготился разговорами о высоте. Состояние ухудшалось, страхи стали появляться как в конкретной, так и в совершенно «нейтральной» ситуации под влиянием наплывов навязчивых представлений о высоте и воде. Эти переживания чаще возникали в ночное время: больной внезапно просыпался и сразу же начинал ярко представлять себя в ситуации спуска в шахту или в состоянии особого волнения «выбегающим среди ночи из дома» в направлении моста, с которого ему предстояло «броситься в воду».

Вопрос: укажите ведущий синдром:

1. Астенический
2. Фобический
3. Кататонический
4. Апат-абулический
5. Психорганический.

Ответ: 2

### **Задача № 5**

Больной Г., 22 лет, студент. При поступлении жаловался на чувство неуверенности в результатах своей работы, повышенную утомляемость, выраженную сонливость днем при беспокойном ночном сне и раздражительность. Отец по характеру слабый, во всем подчиняющийся жене. Мать властная, настойчивая, не признающая никакого иного, кроме своего, мнения. В детстве мать контролировала все поступки больного. В школе был озорным, любил проказы, получал низкие оценки по поведению, но успевал хорошо. В семье мать командовала всеми, но предоставляла мужу возможность постоянно порицать поведение сына. Отец часто высказывал оскорбительные суждения сыну. По настоянию матери он поступил в инженерно-строительный институт, где предъявлял к себе завышенные требования, не справлялся с программой. Затем последовали перевод на заочное отделение и работа в качестве техника, в результате чего нагрузка еще больше увеличилась. За полгода до начала заболевания вступил в брак, одобренный матерью. Жена больного, будучи человеком упрямым и самостоятельным, оказывала на него давление в проведении намеченной ею программы: постройки квартиры и рождения ребенка. К моменту госпитализации больного в отделение жена была на пятом месяце беременности, квартирный вопрос – в стадии оформления. Описанные жалобы развились за несколько месяцев до поступления. Психический

статус: несколько замкнут, немногословен и напряжен. Настроение ровное, но периодически кажется апатичным и безынициативным. В отделении много спит, стремится общаться с окружающими, которым мог бы подчиниться, легко внушаем.

Вопрос: укажите ведущий синдром:

1. Психастенический
2. Фобический
3. Истерический
4. Маниакальный
5. Психоорганический.

Ответ: 1

### **Задача № 6**

Больная З., 40 лет, родилась и выросла в деревне. Отец и мать строго контролировали каждый шаг детей, настаивая на беспрекословном выполнении всех своих требований, лишая их самостоятельности даже в малом, и расценивали это как проявление заботы о них. Под влиянием такого воспитания больная росла послушной, замкнутой и стеснительной. Еще в школе испытывала страх при ответах на уроках из-за боязни совершить ошибку, что отрицательно сказывалось на возможности реализовать свои способности. После окончания школы осталась работать в совхозе дояркой. Была очень чувствительной к замечаниям окружающих о своей работе, с которой справлялась успешно. Замуж вышла без любви, по настоянию родителей, однако к мужу относилась хорошо, потому, что испытывала к нему чувство благодарности за любовь к ней и ребенку. На пятом году совместной жизни с мужем встретила с другим человеком и полюбила его. Он потребовал, чтобы больная разошлась с мужем и вступила с ним в брак. Не могла принять решения, мучительно колеблясь между желанием оставить мужа и жить с человеком, которого любила, и стремлением сохранить семью, за что считала себя «грязной». Однажды при трудном для нее разговоре с мужем она машинально стряхнула с платья крошку хлеба. Показалось, что крошка не упала, стряхнула еще раз. С тех пор возникло навязчивое желание стряхивать с себя «грязь». В этот же период появился навязчивый страх «загрязнения», целыми днями мыла руки, стирала, чистила комнату, вынуждена была оставить работу, а затем ограничила круг общения. Из-за страха «загрязнения» ей стало трудно общаться с мужем и ребенком. С этими жалобами была направлена в отделение неврозов.

Вопрос: укажите ведущий синдром:

1. Ипохондрический
2. Обсессивно-фобический
3. Апато-абулический



- 4. Астенический
  - 5. Кататонический.
- Ответ: 2

### **Задача № 7**

Больной М., 45 лет. Наследственность не отягощена. Больной – старший из двух детей, имеет сестру. Развивался нормально, был общительным, хорошо учился в школе, занимался спортом. Окончил техникум, служил в армии, потом окончил высшую школу милиции. Работал в МВД. Женат, имеет дочь. Выпивать начал с 22-24 лет вначале с друзьями «по праздникам», а затем чтобы «расслабиться». Приблизительно с 30 лет отмечаются «запой» по 3 - 4 дня со «светлыми промежутками» от 1 до 3-х недель. За неделю до поступления в клинику почувствовал тревогу: не спал по ночам, днем вздрагивал от малейшего шума. Испытывал безотчетный страх. Накануне поступления в клинику, придя домой, «почувствовал» в квартире чье-то постороннее присутствие. Несколько раз осмотрел квартиру и, наконец, «заметил», что комната полна людей, которые маскируются под предметы домашней обстановки - кресла, торшер. Обнаружив, что они замечены, люди перестали маскироваться, сообщили, что у него дома «проводятся учения спецназа». От больного потребовали сотрудничества, а когда он отказался, то пытались убить его «из биологического оружия». Убежал из дома в одной рубашке, прятался на соседней стройке, чтобы «не убили». Такое состояние сохранялось около суток. В отделении сразу же рассказал о пережитом состоянии. Красочно, подробно описывает, как в квартиру пришел «спецотряд» и потребовал от него сотрудничества, Удивлен, что родственница ничего не видит. Уверен, что его «пытались убить из биологического оружия». Во время рассказа больной выразительно жестикулирует, показывает на ногу и руке «следы воздействия биологического оружия». Категорически отрицает злоупотребление алкоголем. Обижается, когда сомневаются в правдивости его утверждений.

Вопрос: какой синдром описан в примере?

- 1. Онейроидный
- 2. Делириозный
- 3. Аментивный
- 4. Сумеречного помрачения сознания
- 5. Оглушение.

Ответ: 2

### **Задача № 8**

Больная С., 36 лет, техник. Поступила в отделение неврозов с жалобами на бессонницу, неприятные ощущения в области сердца, возникающие при нервно-психическом напряжении, неустойчивое настроение, плаксивость, раздражительность, тревогу за свое состояние, быструю утомляемость. Точно указывает день начала своего заболевания, когда, вернувшись домой с

литературного вечера, почувствовала резкую слабость. С этого же дня возникла упорная бессонница, с вечера долго не могла уснуть, после засыпания вновь пробуждалась, сон был неглубоким, тревожным, сопровождался тягостными сновидениями. Ухудшилось общее состояние, пропал аппетит, возрастала слабость. Наблюдавшие больную врачи заболеваний не находили и советовали больной «взять себя в руки». Больная чувствовала себя все хуже, возник страх сумасшествия, стала бояться ложиться спать, что еще больше ухудшило ночной сон. В беседе выяснились сложные отношения больной с властной, деспотичной матерью, которая была деятельна и заботлива, и требовала полного подчинения. Первый серьезный конфликт был связан со стремлением выйти замуж за однокурсника, которого больная любила. Однако мать не разрешила, так как давно строила планы на брак дочери с сыном приятельницы. Больная пригрозила, что лучше утопится, и, вопреки желанию матери вышла замуж за своего друга. Молодые супруги жили отдельно, но мать часто посещала больную, постоянно упрекая дочь в «неблагодарности» к ней, вырастившей ее и отдавшей ей «всю жизнь». После этого больная часто плакала, не могла долго заснуть. С одной стороны, всю свою жизнь она страдала от властности матери, с другой – испытывала к ней чувство любви и благодарности. Поводом, который привел к выраженной декомпенсации состояния, стал литературный диспут на тему «Отцы и дети», где больная остро восприняла упоминание о «неблагодарных» и «непорядочных» детях, забывающих своих родителей.

Вопрос: какой симптом указан неверно:

1. Бессонница
2. Тревога
3. Гипотимия
4. Лиссотофобия (страх сойти с ума)
5. Расстройства влечений.

Ответ: 5

### **Задача № 9**

Больная Б., 1944 г. рождения, педагог. При обращении жалобы на слезливость, утомляемость, тоскливое настроение, плохой сон и аппетит. Из анамнеза жизни: бабка по линии отца «нервная», требовательная, эгоистичная; мать раздражительная, непоследовательная, но очень заботливая и внимательная к детям. Росла без отца. Помогала матери в воспитании младших сестер. Росла впечатлительной, мечтательной, восторженной. В школе занимала лидирующее положение среди сверстников, отличалась энергичностью и предприимчивостью. Окончила педагогический институт. К педагогической работе всегда относилась с увлечением. Замужем с 18 лет, привязанности к мужу, который старше на 8 лет, не было. Есть дочь и сын. По характеру самолюбивая, капризная: при

малейшем «неповиновении» мужа отказывалась разговаривать с ним, устраивала «демонстративные заревы». Имела много подруг, однако быстро переходила от восторженности к неприязни. Впечатлительная, чувствительная, не терпит равнодушия к себе: «лучше пусть меня ненавидят, чем равнодушно обходят». Болея с 1989 г. после получения писем с предупреждением, что муж ей изменяет. Состоялось бурное объяснение с ним, но тот категорически отрицал неверность. На работе забывала о своих подозрениях, но дома красочно, в деталях представляла сцены измены; в такие моменты «вся цепенела, не могла говорить, ноги отнимались и холодели», возникал страх смерти. Нарастала раздражительность, конфликтность, капризничала, не выносила мужа. При волнении головокружение, слабость, чувство удушья, подергивания век, онемение кончика языка. Иногда появлялась паническая мысль о возможности заражения сифилисом, рисовались картины «мучительного разложения всего организма и обезображивания лица». С горечью говорила о потере жизненного тонуса, присущего ей юмора и оптимизма, желании нравиться.

Вопрос: назовите ведущий симптом:

1. Астенический
2. Ипохондрический
3. Вегетативных нарушений
4. Психического инфантилизма
5. Депрессивный.

Ответ: 4

### **Задача № 10**

Больная, 26 лет, школьная учительница. В возрасте 23 лет среди полного здоровья начались эпилептические припадки. В возрасте 5 лет у нее было двустороннее воспаление среднего уха, после которого в течение нескольких месяцев оставались головные боли. Генерализованные судорожные припадки чередовались с простыми и сложными фокальными приступами. Больная описала свой припадок следующим образом: «Полная последовательность вспоминаемых мыслей такова: пройдет утро, затем полдень, затем наступит вечер. Или, например: этот дом был построен, он будет разрушен, новый будет построен и будет разрушен. Не было ли этих мыслей раньше? Действительно, разве все это уже не происходило раньше? Затем глубокий вздох и ощущение, поднимающееся от желудка и груди. Все вышеописанное происходит очень быстро, возможно, меньше, чем в четверть секунды. Одновременно представление темноты, т. е. поднимается темная фигура, притаивается в угрожающем положении. Фигура кажется жестикулирующей длинным острым орудием, возможно, зонтиком. Это сопровождается постоянным желанием воды. Затем наступает туман, как будто бы клочковатые облака плывут одно за другим. Потом полная потеря сознания».

Вопрос: какие психопатологические феномены описаны в данном примере?

1. Насильственные стереотипные мысли
2. Чувство уже пережитого
3. Эпигастральная аура
4. Зрительные галлюцинации
5. Все вышеперечисленное

Ответ: 5

## **МДК02.01 Часть 6 Лечение пациентов с кожными и венерическими заболеваниями**

### **Примеры вопросов для текущего контроля:**

Принципы работы дерматовенерологического диспансера.

2. Эпидемиологические мероприятия по предотвращению распространения чесотки.

3. Эпидемиология микозов кожи

1. Очаговая склеродермия. Этиология, клиническая картина, диагностика.

2. Трихофитии. Этиология, патогенез. Методы диагностики.

3. Кожная волчанка. Патогенез. Клиника, диагностика.

4. Вирусные заболевания кожи и слизистых. Этиология, патогенез, диагностика.

5. Псориаз, этиология, клинические формы, диагностика.

1. Методы терапии склеродермии.

2. Медикаментозное и немедикаментозное лечение псориаза.

3. Генноинженерные биологические препараты в лечении псориаза.

Механизмы действия.

4. Методы лечения грибковых дерматозов.

5. Диетотерапия при атопических дерматитах.

### **Примерный перечень ситуационных задач.**

Задача №1 Больная М., 27 лет, жалуется на появление зудящих высыпаний, общее недомогание, повышение температуры тела до 37,5° С. Высыпания появились в период заболевания ангиной, по поводу которой принимала аспирин, какой-то антибиотик, полоскания горла раствором перманганата калия. 10 Объективно: на коже туловища, лица, верхних и нижних конечностей обильная сливающаяся розеолезная, папулезная сыпь розово-красного цвета с мелкопластинчатым шелушением. Местами имеются немногочисленные петехии.

Поставьте диагноз и назначьте лечение больной. Что могло послужить причиной болезни?

Задача №2 Пациент К., 49 лет, обратился к врачу с жалобами на появление зудящих пятнистопапулезных высыпаний в области кистей, предплечий,

нижних конечностей, лица, шеи. Отмечает появление высыпаний на 4-ю инъекцию гентамицина, назначенную ЛОР-врачом для лечения острого гайморита. Ранее на лекарственные препараты и пищевые продукты реакций не было. Из перенесенных заболеваний отмечает вирусный гепатит А, хронический гастрит, хронический некалькулезный холецистит. Проведено обследование — РТМЛ с гентамицином — 65%. Общий анализ крови: эритроциты —  $4.3 \cdot 10^{12}$ , Hb — 110 г/л, лейкоциты —  $7,2 \cdot 10^9$ , эозинофилы — 13%, сегментоядерные — 53%, лимфоциты — 30%, моноциты — 7%, СОЭ — 12 мм/час. Задача №3 На прием обратился больной с жалобами на поражение кожи кистей. Сыпь появилась 5 дней назад. Работает зубным врачом 1 год. Сыпь полиморфная — эритематопапуло-везикулезного характера, без четких границ. Подобная сыпь, но менее выраженная, появилась около шести месяцев назад. После приема антигистаминных препаратов и смазывания ее преднизолоновой мазью быстро исчезла.

Ваш предположительный диагноз, тактика для его утверждения, лечебные мероприятия.

Примерные темы рефератов

1. Дерматиты. Экзема. Токсидермии. Профессиональные дерматозы. Дифференциальная диагностика. Методы лечения.
2. Микозы. Кератомикозы. Лабораторная диагностика. Принципы и методы лечения, дифференциальная диагностика.
3. Грибковые заболевания кожи. Кандидозы: поверхностные, слизистых оболочек, ногтевых валиков и ногтей. Лабораторная диагностика, принципы и методы лечения, дифференциальная диагностика, профилактики.
4. Вирусные дерматозы. Методы лечения, дифференциальная диагностика. Профилактика
5. Кожные формы болезней соединительной ткани: красная волчанка, склеродермия. Дифференциальная диагностика. Профилактика.
6. Экзема. Этиология. Клиника. Методы лечения. Дифференциальная диагностика.
7. Псориаз. Этиология, пусковые факторы. Патогенез. Клинические формы. Диагностика.
8. Терапевтические подходы к лечению псориаза и псориатического артрита.
9. Атопический дерматит и пищевая аллергия. Диетотерапия. Методы медикаментозного лечения.
10. Немедикаментозное лечение неинфекционных дерматозов.

**Тестовые задания**

1. Что является общим для типичного случая псориаза и красного плоского лишая?

- А) нестерпимый зуд
- б) наличие папул
- в) локализация на передней поверхности конечностей
- г) поражение слизистых оболочек
- д) артралгии

2. Простой контактный дерматит характеризуется:

- а) острым воспалением кожи на месте соприкосновения с раздражителем
- б) острым воспалением кожи, выходящим за пределы участка, подвергавшегося воздействию раздражителя
- в) четкими границами
- г) нечеткими границами
- д) правильно а) и в)

3. Токсикодермия характеризуется

- а) бурной воспалительной реакцией кожи
- б) большой распространенностью
- в) нарушением общего состояния
- г) быстрым регрессом после устранения аллергена
- д) всем перечисленным

4. Для диагностики микозов используют все перечисленные лабораторные методы, кроме

- а) люминисцентной диагностики
- б) мазков-отпечатков из очагов поражения
- в) микроскопии волос и кожных чешуек
- г) культуральной диагностики
- д) гистологического исследования

5. Какие продукты необходимо исключить при пищевой аллергии с дерматитом:

- а) шоколад
- б) куриное яйцо
- в) цельное молоко
- г) морепродукты
- д) все перечисленное верно

6. В патогенезе стафилодермий важную роль играет:

- а) дифтерийный анатоксин
- б) иммуноглобулин Е
- в) лейкотоксин
- г) стрептококковый антиген

д) ничего из перечисленного

7. В лечении микроспории используется

- а) ацикловир
- б) гризеофульвин
- в) флуконазол
- г) пенициллин
- д) УФ-облучение

8. Псориазные бляшки характеризуются:

- а) гиперемией
- б) гноечением
- в) везикулезными элементами
- г) феноменом «стеаринового пятна» при поскабливании
- д) все вышеперечисленное

9. В лечении псориаза не применяют:

- а) УФО
- б) антибактериальные средства
- в) моноклональные антитела
- г) ПУВА-терапию 12
- д) цитостатические препараты

10. Энтеропатический акродерматит является:

- а) аллергическим заболеванием кожи
- б) аутоиммунным поражением кожи
- в) следствием нарушения обмена цинка
- г) паразитарной инфекцией кожи
- д) контактным дерматитом.

### **МДК02.01 Часть 7 Лечение пациентов в гериатрии Тестовый контроль.**

1. Пожилым считается возраст:

- а) 45-59 лет
- б) 60-74 года
- в) 75-89 лет
- г) 90 и более лет
- д) нет правильного ответа

2. Показатели, прогрессивно снижающиеся в пожилом и старческом возрасте:

- а) уровень глюкозы в крови

- б) синтез гормонов гипофиза
- в) количество форменных элементов крови
- г) сократительная способность миокарда
- д) кислотно-основное равновесие

3. Показатели, не изменяющиеся с возрастом:

- а) онкотическое давление
- б) функция пищеварительных желез
- в) функция половых желез
- г) чувствительность органов к гормонам
- д) внутриглазное давление

4. Какова видовая продолжительность жизни человека:

- а) 70 лет
- б) 80 лет
- в) 90 лет
- г) 100 лет
- д) более 100 лет

5. Старение – это:

- а) разрушительный процесс, результат нарастающей с возрастом недостаточности физиологических функций
- б) закономерно наступающий заключительный период возрастного развития
- в) процесс, стабилизирующий жизнедеятельность, увеличивающий продолжительность жизни
- г) совокупность болезней, постепенно приводящих к ситуации, несовместимой с жизнью
- д) нет правильного ответа

7. Остеопороз - это:

- а) уплотнение кости
- б) нарушение кости
- в) уменьшение количества трабекул в кости
- г) воспалительные изменения костного мозга
- д) разрушение кости, воспалительные изменения костного мозга

8. Исключите некорректное применение остеопатических техник в лечении пожилого пациента:

- а) артикуляционные
- б) миофасциальные
- в) висцеральные
- г) осцилляторные
- д) трактовые



9. Отсутствие болей у возрастного пациента с позиции остеопатии свидетельствует о том, что пациент:

- а) здоров
- б) недообследован
- в) снижен порог болевой чувствительности
- г) хорошо компенсирован
- д) нет правильного ответа

10. Нормализация скелетно-мышечной системы улучшает:

- а) память
- б) либидо
- в) слуховое восприятие
- г) проприоцептивную обратную связь
- д) память, либидо

11. Относительная малоподвижность пациентов и отсутствие воздействия УФО может привести к:

- а) беспричинной улыбчивости
- б) болям в горле
- в) склонности к перееданию и недосыпанию
- г) остеопороз
- д) повышенной придиристости и раздражительности

12. Эффекты остеопатического лечения у лиц пожилого и старческого возраста:

- а) немедленная реакция улучшения общего состояния
- б) более замедленные, менее выраженные результаты
- в) усиление работы мышц для поддержания устойчивости
- г) ощущение усталости после сеанса
- д) нет правильного ответа

13. Состояния, риск возникновения которых снижает улучшение проприоцепции:

- а) потери равновесия и падений 5
- б) запоров
- в) остеопороза
- г) тромбозов
- д) запоров, остеопороза

14. Остеопатическое лечение пожилого человека:

- а) заменяет аллопатическое лечение
- б) заменяет гомеопатическое лечение

- в) носит факультативный характер
- г) заменяет физиотерапевтическое лечение
- д) нет правильного ответа

15. Состояние, которое предрасполагает к развитию пневмонии у лиц пожилого и старческого возраста:

- а) переутомление
- б) перегревание
- в) функциональная гиподинамия
- г) стрессы
- д) нет правильного ответа

16. Основная направленность остеопатической коррекции при язвенной болезни в пожилом возрасте:

- а) восстановление моторности желудка
- б) полное восстановление микроциркуляции в стенке желудка
- в) нормализация кислотности желудочного сока
- г) коррекция психоэмоциональных перегрузок
- д) нет правильного ответа

17. Цель остеопатической коррекции соматической дисфункции желчного пузыря у лиц пожилого возраста:

- а) повысить тонус сфинктера Одди
- б) понизить тонус сфинктера Одди
- в) снизить сократительную способность желчного пузыря
- г) повысить сократительную способность желчного пузыря
- д) нет правильного ответа

18. Наиболее характерный ритм сердца, выявляемый у лиц пожилого возраста:

- а) тахикардия
- б) брадикардия
- в) нормальный, синусовый
- г) аритмия
- д) АВ - блокада

19. Пресбиопия (возрастная дальнозоркость) у лиц пожилого возраста:

- а) приводит к постуральным нарушениям
- б) не влияет на позу тела
- в) оказывает влияние только на регион головы
- г) оказывает влияние на регион головы и шеи
- д) нет верного ответа

20. Особенности дегенеративно-дистрофических изменений позвоночного столба у лиц пожилого возраста:

- а) сколиотическая деформация
- б) структурный сколиоз
- в) сколиотическая болезнь
- г) дегенеративный сколиоз
- д) нет верного ответа

21. Заболевания лиц пожилого и старческого возраста изучает

- а) геронтология
- б) гериатрия
- в) герогигиена
- г) геропатология
- д) нет верного ответа

22. Наличие съемных протезов у пожилых людей может привести к:

- а) нарушению жевания и артикуляции
- б) головным болям и головокружению
- в) постуральным нарушениям
- г) шуму в ушах
- д) потере аппетита

23. Возрастное уменьшение количества проприорецепторов стоп приводит к:

- а) боязни падения
- б) гиперкератозу
- в) похолоданию конечности
- г) потливости
- д) нет верного ответа

### **МДК02.01 Часть 8 Клиническая фармакология**

1. Фармакокинетика - это:

- \*а) изучение абсорбции, распределения, метаболизма и выведения лекарств (+)
- б) изучение биологических и терапевтических эффектов лекарств
- в) изучение токсичности и побочных эффектов
- г) методология клинического испытания лекарств
- д) изучение взаимодействий лекарственных средств

2. Какие существуют виды абсорбции в ЖКТ:

- а) фильтрация

- б) диффузия
- в) активный транспорт
- г) пиноцитоз
- \*д) все виды (+)

3. Результатом высокой степени связывания препарата с белками плазмы является:

- а) уменьшение  $T_{1/2}$
- б) повышение концентрации свободной фракции препарата
- \*в) снижение концентрации свободной фракции препарата (+)
- г) лучшая эффективность препарата
- д) все перечисленное

4. Какие препараты больше подвергаются метаболизму в печени:

- \*а) липофильные (+)
- б) гидрофильные
- в) липофобные
- г) имеющие кислую реакцию
- д) имеющие щелочную реакцию

5. Фармакодинамика включает в себя изучение следующего:

- \*а) эффекты лекарственных средств и механизмы их действия (+)
- б) абсорбцию и распределение лекарств
- в) метаболизм лекарств
- г) выведение лекарств
- д) всё перечисленное

6. Какие факторы влияют на кишечную абсорбцию:

- а) рН желудочного сока
- б) васкуляризация
- в) моторика
- г) состояние микрофлоры кишечника
- \*д) все перечисленные (+)

7. Препараты, оказывающие однонаправленное действие, называются:

- а) агонистами
- \*б) синергистами (+)
- в) антагонистами
- г) миметиками
- д) литиками

8. Если первичную мочу сделать более щелочной, то:

- а) экскреция слабых кислот уменьшится
- \*б) экскреция слабых кислот увеличится (+)

- в) экскреция слабых оснований увеличится
- г) увеличится экскреция и слабых кислот, и слабых оснований
- д) экскреция не изменится

9. Какие препараты приводят к индукции ферментов в печени:

- \*а) фенобарбитал (+)
- б) циметидин
- в) амиодарон
- г) эритромицин
- д) ципрофлоксацин

10. Какие факторы влияют на период полувыведения:

- \*а) почечный и печёночный клиренс (+)
- б) биодоступность
- в) скорость распределения
- г) связь с белком
- д) экскреция почками

11. Какие факторы фармакокинетики изменяются в пожилом возрасте:

- а) всасывание
- б) объём распределения
- в) почечная экскреция
- г) метаболизм
- \*д) всё перечисленное (+)

12. Величина биодоступности важна для определения:

- \*а) пути введения лекарственных средств (+)
- б) кратности приема
- в) скорости выведения
- г) эффективности препарата
- д) продолжительности лечения

13. Биодоступность - это:

- а) процент вещества, выделенного из организма
- \* б) процент вещества, достигшего системного кровотока (+)
- в) эффективная доза препарата, оказывающая терапевтический эффект
- г) процент препарата, связанного с белком
- д) ничего из перечисленного

14. Лекарства преимущественно связываются в плазме с:

- \* а) альбуминами (+)
- б) глобулинами
- в) фибриногеном
- г) мукопротеинами

д) трансферрином

15. Терапевтический индекс - это:

- \*а) разница между минимальной терапевтической и минимальной токсической дозами (+)
- б) между максимальной терапевтической и максимальной токсической
- в) между минимальной терапевтической и максимальной токсической
- г) между максимальной терапевтической и минимальной токсической
- д) верный ответ отсутствует

16. От чего зависит биодоступность:

- а) всасывания и связи с белком
- \*б) всасывания и пресистемного метаболизма (+)
- в) экскреции почками и биотрансформации в печени
- г) объёма распределения
- д) всего вышеперечисленного

17. Что такое период полувыведения ( $T_{1/2}$ ):

- а) время выведения препарата из организма
- \*б) время снижения концентрации препарата в плазме на 50% (+)
- в) снижение скорости выведения на 50%
- г) время достижения терапевтической концентрации
- д) верных ответов нет

18. На почечную экскрецию влияют:

- а) уровень клубочковой фильтрации
- б) уровень канальцевой реабсорбции
- в) уровень канальцевой секреции
- \*г) всё вышеперечисленное (+)
- д) ничего из перечисленного

19. Что является результатом биотрансформации лекарств в печени:

- а) образование активных метаболитов
- б) образование неактивных метаболитов
- в) образование токсических продуктов
- \*г) всё вышеперечисленное (+)
- д) ничего из перечисленного

20. Биотрансформация препарата приводит к:

- а) меньшей степени ионизации
- \*б) меньшей жирорастворимости (+)
- в) снижению связывания с белком
- г) большей степени ионизации
- д) всему перечисленному

21. Что характеризует параметр «кажущийся объем распределения»:

- а) скорость всасывания препарата
- б) скорость выведения препарата
- в) скорость распада препарата
- г) эффективность препарата
- \*д) способность препарата проникать в органы и ткани (+)

22. Более высокая концентрация препарата в плазме при сублингвальном введении, чем пероральном потому, что:

- \*а) лекарство не подвергается пресистемному метаболизму (+)
- б) лекарство не связывается с белками плазмы
- в) лекарства не связываются с тканями
- г) увеличивается гидрофильность препарата
- д) увеличивается липофильность препарата

23. Эффекты препарата, развивающиеся независимо от дозы или фармакодинамических свойств, называются:

- а) токсические
- \*б) аллергические (+)
- в) фармакодинамические
- г) фармакокинетические
- д) псевдоаллергические

24. Высокий объем распределения свидетельствует:

- а) о высоких концентрациях свободного препарата в плазме
- \*б) о высоких концентрациях препарата в тканях (+)
- в) о высоких концентрациях связанного препарата в плазме
- г) о низких концентрациях препарата в тканях
- д) о хорошей эффективности препарата

25. Если эффект двух лекарств превышает сумму из отдельных эффектов, то это называется:

- а) антагонизм
- б) суммарный эффект
- в) аддитивный эффект
- \*г) потенцирование (+)
- д) сенситизация

26. В понятие элиминации препарата входит:

- а) всасывание
- б) распределение
- \*в) экскреция (+)
- г) связь с белком

д) пресистемный метаболизм

27. При каком способе введения лекарств биодоступность будет максимальной:

а) пероральном

б) сублингвальном

в) внутримышечном

\*г) внутривенном (+)

д) ректальном

28. Что входит в понятие фармацевтическое взаимодействие:

а) вытеснение препарата из связи с белком

б) ингибирование метаболизма в печени

\*в) инактивация препаратов в инфузионном растворе (+)

г) торможение всасывания лекарств

д) взаимодействие на уровне экскреции в почках

29. Укажите заболевание, при котором снижается связывание препаратов с белками плазмы:

а) ишемическая болезнь сердца

б) острые инфекции

\*в) цирроз печени (+)

г) бронхиальная астма

д) пневмония

30. Какой из факторов влияет на почечный клиренс препаратов:

а) пол

б) вес

\*в) почечный кровоток (+)

г) гипертензия

д) заболевания печени

31. Какие факторы приводят к ускорению метаболизма лекарственных средств:

\*а) курение (+)

б) пожилой возраст

в) хроническое употребление алкоголя

г) прием эритромицина

д) лихорадка

32. Синдром «рикошета» - это:

а) снижение эффекта препарата при его отмене

б) увеличения эффекта препарата при его отмене

в) ответная реакция организма при отмене препарата



- \*г) развитие обратного эффекта при продолжении использования препарата (+)
- д) все перечисленное

33. Какой фактор приводит к замедлению метаболизма лекарств:

- а) курение
- \*б) пожилой возраст (+)
- в) однократное употребление алкоголя
- г) прием барбитуратов
- д) прием рифампицина

34. Аутоиндукция характерна для:

- а) пенициллина
- \*б) нитроглицерина (+)
- в) пропранолола
- г) преднизолона
- д) гентамицина

35. Что такое синдром отмены:

- а) положительное действие лекарственного средства
- б) снижение эффекта препарата при его отмене
- \*в) ответная реакция организма на отмену препарата (+)
- г) усиление эффекта препарата при его отмене
- д) все перечисленное

36. Какие факторы уменьшают всасывание препаратов в ЖКТ:

- а) запор
- \*б) приём антацидов (+)
- в) приём холинолитиков
- г) хорошее кровоснабжение стенки кишечника
- д) все перечисленное

37. Ингибитором печёночного метаболизма является:

- \*а) циметидин (+)
- б) нитраты
- в) рифампицин
- г) фенobarбитал
- д) никотин

38. Аутоиндукция вызывает:

- а) повышение эффективности препарата при повторном применении
- б) инактивация препарата другим лекарственным средством
- в) увеличение активности препарата при первом введении

\*г) снижение эффективности препарата при повторном применении (+)  
д) все перечисленное

39. Что такое равновесная концентрация:

- \*а) состояние, когда количество абсорбированного препарата равно количеству выводимого (+)
- б) максимальная концентрация после введения препарата
- в) концентрация перед очередным введением препарата
- г) средняя концентрация после введения препарата
- д) правильных ответов нет

40. Укажите, где происходит всасывание большей части лекарств:

- а) в ротовой полости
- б) в пищеводе
- в) в желудке
- \*г) в тонком кишечнике (+)
- д) в толстом кишечнике

### **МДК.02.02 Лечение пациентов хирургического профиля**

#### **Тема 3.3 Кровотечение. Гемостаз.**

1. ЖГУТ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНИТЬ ПРИ

- А) кровотечении из подколенной артерии
- Б) кровотечении из вен предплечья
- В) капиллярном кровотечении
- Г) внутреннем кровотечении

2. НА КАКОЕ ВРЕМЯ И КУДА НАКЛАДЫВАЕТСЯ ХОЛОД ПРИ НОСОВОМ КРОВОТЕЧЕНИИ?

Ответ: на переносицу на 30 минут

3. ХАРАКТЕРНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) гипотония
- Б) протеинурия
- В) брадикардия
- Г) полиурия

3. ЧТО НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ НОСОВОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ?

Ответ: провести переднюю тампонаду носа

4.ГДЕ НАКЛАДЫВАЕТСЯ ЖГУТ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ АРТЕРИИ КОНЕЧНОСТИ?

Ответ: кровоостанавливающий жгут выше места повреждения

**5. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ СПОСОБОМ ОСТАНОВКИ  
АРТЕРИАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ?**

Ответ: наложение кровоостанавливающего жгута

**6. ОСНОВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ВЕНОЗНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ  
ЯВЛЯЮТСЯ**

А) кровь темно-вишневого цвета, вытекает медленно

Б) кровь вытекает медленно, алого цвета

В) кровь бьет струей, темно-вишневого цвета

Г) кровь алого цвета, вытекает пульсирующей струей

**7. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ?**

Ответ: кровь алого цвета, вытекает пульсирующей струей

**8. В ОБЪЕМ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ  
УХА ВХОДИТ**

А) тампонада слухового прохода сухой стерильной марлевой турундой

Б) удаление сгустков крови из наружного слухового прохода, наложение асептической повязки

В) закапывание в ухо спиртового раствора борной кислоты, наложение асептической повязки

Г) закапывание в ухо раствора аминокaproновой кислоты, наложение асептической повязки

**Тема 4.1 Лечение хирургических заболеваний головы, лица и полости рта.**

**1. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОНКОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ  
ЛОР-ОРГАНОВ, НЕОБХОДИМО**

А) спокойно разъяснить пациенту его состояние, убедить в немедленной диагностике и лечении

Б) немедленно выписать из отделения

В) ничего не объяснять

Г) сделать соответствующую запись в документации

**2. При вывихе нижней челюсти накладывается повязка:**

а) пращевидная

б) «чепец»

в) крестообразная

г) колосовидная

**3. Из бассейна какой артерии осуществляется кровоснабжение лица и полости рта?**

Ответ: Наружной сонной артерии

**4. Неотложная помощь на месте при ранениях лица?**

Ответ : наложение тугой давящей повязки, обезболивание, госпитализации в профильный стационар

Перелом костей носа клинически проявляются?

Ответ: отеком области носа, изменением конфигурации носа (искривлением), кровотечением из носа различной интенсивности.

Неодонтогенные флегмоны чаще бывают при ?

Ответ : а. инфицировании ран, попадании инородных тел

б. Повреждения зубов

в. Пульпит

#### **7. НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ОТКРЫТОМ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ НОСА НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ**

А) туалет раны, наложение асептической повязки, переднюю тампонаду носовых

ходов, наложение пращевидной повязки, холод, транспортировку в ЛОР-отделение

Б) туалет раны, наложение асептической повязки, заднюю тампонаду носовых ходов

В) транспортировку в ЛОР-отделение без дополнительных вмешательств

Г) заднюю тампонаду носа и введение наркотических анальгетиков

#### **Тема 4.3. Лечение хирургических заболеваний органов грудной клетки**

##### **1. РАНА ЯВЛЯЕТСЯ ПРОНИКАЮЩЕЙ, ЕСЛИ?**

Ответ: повреждены мягкие ткани и пограничная серозная оболочка (плевра, брюшина)

##### **2. Томография легких это ?**

А) ПОСЛОЙНОЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЛЕГКИХ

##### **3. ЗАМЕЩЕНИЕ ТКАНИ ЛЕГКОГО НА СОЕДИНИТЕЛЬНУЮ НАЗЫВАЕТСЯ**

А) пневмосклероз

Б) ателектаз

В) пневмония

Г) эмфизема

##### **4.НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ**

А) бронхография

Б) рентгеноскопия грудной клетки

В) спирография

Г) флюорография

##### **5.ПЕРКУТОРНО ПРИ ГНОЙНОМ ПЛЕВРИТЕ НАД ОЧАГОМ ПОРАЖЕНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ**

А) притупление

Б) тимпанический характер перкуторного звука

В) коробочный звук

Г) ясный легочный звук

6. БРОНХОЭКТАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ?

Ответ: ячеистым легочным рисунком на рентгенограмме

7. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ БРОНХОЛЁГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ БОЛЬНОМУ НАЗНАЧАЮТ

А) дыхательную гимнастику

Б) интубацию трахеи

В) диету, богатую белком

Г) УВЧ на грудную клетку

8. НА ПОВРЕЖДЕНИЕ КАКОГО ОРГАНА УКАЗЫВАЕТ ПОДКОЖНАЯ ЭМФИЗЕМА ГРУДНОЙ КЛЕТКИ?

Ответ : повреждение плевры и легкого

9. ГЕМОТОРАКС – ЭТО СКОПЛЕНИЕ КРОВИ В?

Ответ: плевральной полости

10. КАК ПРОЯВЛЯЕТСЯ ОТКРЫТЫЙ ПНЕВМОТОРАКС

Ответ : наличие раны, свистящее дыхание с выделением пузырьков воздуха, смешанного с кровью, на пораженной стороне тимпанический перкуторный звук и ослабленное дыхание при аускультации, одышка

11. ТАКТИКОЙ ПРИ НАПРЯЖЕННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А) пункция плевральной полости во 2 межреберье

Б) срочная госпитализация в пульмонологическое отделение

В) срочная интубация трахеи и ИВЛ

Г) дренирование в 7 межреберье по заднеаксилярной линии

#### **Тема 4.4 Травмы живота. Грыжи**

1. НАЛИЧИЕ ПУПОЧНОЙ ГРЫЖИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

А) визуально и пальпаторно

Б) рентгенологически и пальпаторно

В) только визуально

Г) с помощью магнитно-резонансной томографии

2. ДЛЯ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ ХАРАКТЕРНО СЛЕДУЮЩЕЕ

А) ранее вправимое грыжевое выпячивание не вправляется, резко болезненно

Б) исчезновение печеночной тупости

В) опоясывающая боль

Г) грыжевое выпячивание свободно вправляется

3. КАКИЕ СИМПТОМЫ ПОЯВЛЯЮТСЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Ответ: бледность кожи, снижение АД, тахикардия, болезненность по всему животу

4. ПРИ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖЕ НАБЛЮДАЕТСЯ

- А) напряжение и болезненность грыжевого выпячивания, непроводимость грыжи, резкая боль, отсутствие передачи кашлевого толчка
  - Б) наличие грыжевого выпячивания, боль, положительная передача кашлевого толчка
  - В) непроводимость грыжевого выпячивания, отсутствие боли
  - Г) появление грыжевого выпячивания при кашле, возможность вправления
5. СВОБОДНЫЙ ГАЗ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ?
- А) перфоративная язва желудка
  - Б) аппендицит
  - В) холецистит
  - Г) кишечная непроходимость
6. КАКАЯ ТАКТИКА ПРИ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ?
- Ответ: госпитализацию в хирургический стационар без введения спазмолитиков, обезболивания и попыток вправить грыжу

#### **Тема 4.5 Лечение хирургических заболеваний «Острого живота»**

1. ЖИВОТ ПРИ НЕПРОХОДИМОСТИ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА
- А) асимметричен, вздут
  - Б) не изменен
  - В) доскообразный
  - Г) втянут
2. ХАРАКТЕР И ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛЕЙ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ ?
- Ответ : постоянные, сильные боли в правом подреберье
3. ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ НАБЛЮДАЕТСЯ СИМПТОМ СИТКОВСКОГО ?
- Ответ: При остром аппендиците
4. ОСТРАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ КИШЕЧНИКА КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ?
- Ответ : схваткообразными болями в животе
5. ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМ
- А) Щёткина-Блюмберга
  - Б) Ортнера
  - В) Мерфи
  - Г) Пастернацкого
6. ЗАЩИТНОЕ МЫШЕЧНОЕ НАПРЯЖЕНИЕ МЫШЦ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
- А) перитонита
  - Б) почечной колики
  - В) эзофагита
  - Г) гастрита
7. ШУМ ПЛЕСКА (СИМПТОМ СКЛЯРОВА) ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ

Ответ : При кишечной непроходимости

**8. ПРИ СИМПТОМЕ ЩЁТКИНА-БЛЮМБЕРГА БОЛЬ**

- А) усиливается в момент отнятия руки от брюшной стенки при пальпации
- Б) усиливается при надавливании на переднюю брюшную стенку
- В) постоянно одинаково выражена
- Г) усиливается при пальпации пациента в положении стоя

**10. ХАРАКТЕР И ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛЕЙ ПРИ КЛАССИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА**

- А) постоянные, сильные боли в правой подвздошной области
- Б) постоянные, резкие боли в правом подреберье
- В) опоясывающие, тупого характера
- Г) кинжальные в эпигастрии

**11. ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ ХАРАКТЕРНО ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО ЛЕЖА НА**

Ответ: правом боку

**12. ДЛЯ БОРЬБЫ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ПАРЕЗОМ КИШЕЧНИКА НЕ ПРИМЕНЯЮТ**

- А) сифонную клизму
- Б) гипертоническую клизму
- В) введение в/в гипертонического комплекса
- Г) введение раствора прозерина п/к

**13. ПРИ ПЕРИТОНИТЕ НЕОБХОДИМО**

Ответ: холод на живот, госпитализировать

**14. ПРИ СИНДРОМЕ «ОСТРОГО ЖИВОТА» НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ?**

Ответ: применить холод, срочно госпитализировать больного

**15. КАКОЙ СИМПТОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ?**

Ответ: симптом Щеткина-Блюмберга

**16. ТАКТИКА ФЕЛЬДШЕРА ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ?**

Ответ: холод на живот, спазмолитики, госпитализация в хирургический стационар в положении лежа

**17. ПРИЧИНА ВОЗНИКНОВЕНИЯ «КИНЖАЛЬНОЙ» БОЛИ В ЖИВОТЕ**

Ответ: прободение язвы желудка

**18. СИМПТОМ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА**

- А) Ортнера
- Б) «падающей капли»
- В) Пастернацкого
- Г) Ситковского

**Тема 4.6 Лечение хир-х заболеваний и травм прямой кишки.**

**1. ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ НА ПРЯМОЙ КИШКЕ ВКЛЮЧАЕТ ?**

- А) очистительные клизмы накануне и в день операции
- Б) легкий завтрак

- В) промывание желудка
  - Г) очистительная клизма накануне операции
2. ИССЛЕДОВАНИЕ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА ?

- А) колоноскопия
- Б) гастродуоденоскопия
- В) лапароскопия
- Г) холецистография

3. Что такое дивертикул толстого кишечника ?

Ответ: Дивертикул толстой кишки представляет собой мешотчатое выпячивание слизистой оболочки толстой кишки с ее подслизистым слоем, которые выпячиваются через разволокненную мышечную оболочку;

4.Тактика лечения острого проктита ?

Ответ: покой, облегченная малошлаковая диета. Местно в прямую кишку вводят по 50 мл 0,5%-ного раствора колларгола или оливкового масла

5. Виды оперативных вмешательств на полипы толстого кишечника ?

- 1.трансанальное иссечение полипов
- 2. Операция по Габриэлю
- 3. илеосигмоанастомоз

#### **Тема 4.8 Заболевания вен нижних конечностей**

1.Осмотр варикознорасширенных вен нижних конечностей производят в положении

- А) стоя
- Б) лежа на спине
- В) лежа на животе
- Г) с приподнятыми ногами

2.Почему курение является основным фактором риска для заболеваний артерий ног?

Ответ: никотин оказывает стойкое сосудосуживающее действие, а также токсическое действие на стенки артерий

3.Почему венозная кровь по нижним конечностям поднимается против своего веса вверх?

Ответ: – присасывающее отрицательное давление в грудной полости; понижение венозного давления в венозной системе; наличие клапанов; сжатие вен мышцами нижних конечностей; артериальное давление; венозный тонус

4. При каком тромбофлебите необходима экстренная операция?

А. При восходящем септическом тромбофлебите и при гнойном расплавлении тромба



- Б. При большом размере тромба
- В. При возрасте пациентки старше 45 лет

5. Перечислите факторы, способствующие образованию тромба.

Ответ: замедление тока крови; повышение вязкости крови; травма сосудистой стенки; повышение внутрибрюшного давления; – в патологических условиях повышение фибриногена и глобулина приводит к возникновению повышения способности к агглютинации эритроцитов.

## **МДК.02.02 Часть 2 Лечение пациентов в оториноларингологии**

### **Тестовые задания:**

Отоскопия — это осмотр

- 1) глотки
- 2) уха
- 3) гортани
- 4) носа

! 2

№ 2

Фарингоскопия — это осмотр

- 1) глотки
- 2) носа
- 3) уха
- 4) гортани

! 1

№ 3

Непрямая ларингоскопия — это осмотр

- 1) гортани
- 2) уха
- 3) глотки
- 4) носа

! 1

№ 4

Риноскопия — это осмотр

- 1) уха
- 2) глотки
- 3) гортани
- 4) носа

! 4

№ 5

Острый отит — это воспаление

- 1) среднего уха
- 2) небных миндалин

- 3) слизистой носа
  - 4) слизистой глотки
- ! 1

№ 6

К осложнениям при попадании инородных тел в гортань относится

- 1) пневмония
  - 2) носовое кровотечение
  - 3) аносмия
  - 4) воспаление среднего уха
- ! 1

№ 7

Мазок из зева берут, чтобы исключить

- 1) дифтерию
  - 2) сифилис
  - 3) туберкулез
  - 4) сальмонеллез
- ! 1

№ 8

Фарингоскопию проводят с помощью

- 1) шпателя
  - 2) носового зеркала
  - 3) ушной воронки
  - 4) иглы Куликовского
- ! 1

№ 9

Пункцию гайморовой пазухи производят с помощью

- 1) носоглоточного зеркала
  - 2) иглы Куликовского
  - 3) ушной воронки
  - 4) шпателя
- ! 2

№ 10

Аденотомия — это удаление

- 1) небных миндалин
  - 2) носоглоточной миндалины
  - 3) язычной миндалины
  - 4) полипов носа
- ! 2

№ 11

Острый аденоидит — это воспаление

- 1) носоглоточной миндалины
- 2) слизистой полости носа

- 3) небных миндалин
  - 4) гайморовых пазух
- ! 1

№ 12

Тонзиллотом необходим для

- 1) частичного удаления небных миндалин
- 2) удаления носоглоточной миндалины
- 3) удаления язычной миндалины
- 4) прокола гайморовой пазухи

! 1

№ 13

Для острых ангин характерным симптомом является

- 1) нарушение носового дыхания
- 2) потеря голоса
- 3) боль при глотании
- 4) снижение слуха

! 3

№ 14

К воспалительным заболеваниям глотки относятся

- 1) тонзиллит
- 2) острый ларингит
- 3) отит
- 4) бронхит

! 1

№ 15

К аномалиям наружного уха относится

- 1) атрезия хоан
- 2) незаращение твердого неба
- 3) микротия
- 4) макротия

! 3

№ 16

Ушная ликворея возникает при

- 1) переломе основания черепа и височной кости
- 2) травмах носа
- 3) травмах уха
- 4) травмах небных миндалин

! 1

№ 17

При отоскопии у детей ушную раковину оттягивают

- 1) вверх и назад
- 2) вперед и вниз

3) вперед на себя

4) вниз и назад

! 4

№ 18

Причиной возникновения острого воспаления среднего уха у детей является

1) тонзиллит

2) ларингит

3) патология в носоглотке

4) фарингит

! 3

№ 19

Гортань у ребенка расположена на уровне шейного позвонка

1) 6-7

2) 8-9

3) 4-5

4) 3-4

! 3

№ 20

Инородные тела гортани локализуются в

1) голосовой щели

2) носоглотке

3) ротоглотке

4) бронхах

! 1

№ 21

Острый эпиглоттит чаще возникает в возрасте от

1) 7 до 10 лет

2) 2 до 5 лет

3) 12 до 15 лет

4) 15 до 17 лет

! 1

№ 22

Инородные тела носа удаляются

1) пинцетом

2) шприцом Жане

3) иглой Куликовского

4) набором крючков

! 4

№ 2

Нарушение обоняния — это

1) афония

2) anosmia

- 3) атрезия
- 4) амовроз

! 2

№ 24

Киссельбахово сплетение расположено на

- 1) нижней носовой раковине
- 2) передней трети носовой перегородки
- 3) задней стенке глотки
- 4) мягком небе

! 2

№ 25

Трахеотомия — это

- 1) удаление язычной миндалины
- 2) частичное удаление миндалин
- 3) удаление носоглоточной миндалины
- 4) «горлосечение»

! 4

### **МДК.02.02 Часть 3 Лечение пациентов в офтальмологии**

#### **Тестовые задания:**

1 Самой тонкой стенкой орбиты является:

- 1. наружная стенка
- 2. верхняя стенка
- 3. внутренняя стенка (+)
- 4. нижняя стенка
- 5. верхняя и внутренняя

2 Канал зрительного нерва служит для прохождения: Варианты ответов

- 1. зрительного нерва (+)
- 2. отводящего нерва
- 3. глазодвигательный нерв
- 4. центральной вены сетчатки
- 5. лобной артерии

3 Слезный мешок расположен: Варианты ответов

- 1. внутри глазницы
- 2. вне глазницы
- 3. частично внутри и частично вне глазницы (+)
- 4. в гайморовой полости
- 5. в средней черепной ямке

4 При ранах век регенерация тканей: Варианты ответов

1. высокая
2. низкая
3. существенно не отличается от регенерации тканей других областей лица
4. ниже, чем других областей лица
5. выше чем других областей лица (+)

5 К слезопродуцирующим органам относятся: Варианты ответов

1. слезная железа и добавочные слезные железки (+)
2. слезные точки
3. слезные каналы
4. носослезный канал

6 Носослезный канал открывается в: Варианты ответов

1. нижний носовой ход (+)
2. средний носовой ход
3. верхний носовой ход
4. в гайморову пазуху
5. в основную пазуху

7 Наибольшую толщину склера имеет в зоне: Варианты ответов

1. лимба (+)
2. экватора
3. диска зрительного нерва
4. под сухожилием прямых мышц
5. под сухожилием косых мышц

8 Роговая оболочка состоит из: Варианты ответов

1. двух слоев
2. трех слоев
3. четырех слоев
4. пяти слоев (+)
5. шести слоев

9 Слои роговицы располагаются: Варианты ответов

1. параллельно поверхности роговицы (+)
2. хаотично
3. концентрично
4. в косом направлении

10 Питание роговицы осуществляется за счет: Варианты ответов

1. краевой петливой сосудистой сети (+)
2. центральной артерии сетчатки
3. слезной артерии

4. передними цилиарными артериями
5. надблоковой артерии

11 Диск зрительного нерва располагается: Варианты ответов

1. в центре глазного дна (+)
2. в носовой половине глазного дна
3. в височной половине глазного дна
4. в верхней половине глазного дна
5. за пределами глазного дна

12 Функциональным центром сетчатки является: Варианты ответов

1. диск зрительного нерва
2. центральная ямка (+)
3. зона зубчатой линии
4. сосудистый пучок
5. юстапапиллярная зона

13 Зрительный нерв выходит из орбиты через: Варианты ответов

1. верхнюю глазничную щель
2. foramen opticum (+)
3. нижнюю глазничную щель
4. круглое отверстие
5. верхнечелюстную пазуху

14 Сосудистый тракт выполняет: Варианты ответов

1. трофическую функцию (+)
2. функцию преломления света
3. функцию восприятия света
4. защитную функцию
5. опорную функцию

15 Сетчатка выполняет функцию: Варианты ответов

1. преломления света
2. трофическую
3. восприятия света (+)
4. защитную функцию
5. опорную функцию

16 Внутриглазную жидкость вырабатывает в основном: Варианты ответов

1. радужка
2. хориоидея
3. хрусталик
4. цилиарное тело (+)
5. роговица

17 Тенонова капсула отделяет: Варианты ответов

1. сосудистую оболочку от склеры
2. сетчатку от стекловидного тела
3. глазное яблоко от клетчатки орбиты (+)
4. правильного ответа нет
5. роговицу от склеры

18 Боуменова мембрана находится между: Варианты ответов

1. эпителием роговицы и стромой (+)
2. стромой и десцеметовой оболочкой
3. десцеметовой оболочкой и эндотелием
4. слоями сетчатки

19 Хориоидея питает: Варианты ответов

1. наружные слои сетчатки (+)
2. внутренние слои сетчатки
3. всю сетчатку
4. зрительный нерв
5. склеру

20 Двигательный аппарат глаза состоит из ..... мышц: Варианты ответов

1. четырех
2. пяти
3. шести (+)
4. восьми
5. десяти

21 «Мышечная воронка» берет свое начало от:

Варианты ответов

1. круглого отверстия (+)
2. зрительного отверстия
3. верхней глазничной щели
4. нижней глазничной щели
5. внутренней стенки глазницы

22 Артериальный круг Галлера образован: Варианты ответов

1. длинными задними цилиарными артериями
2. короткими задними цилиарными артериями (+)
3. решетчатыми артериями
4. мышечными артериями
5. всем перечисленным

23 Центральная артерия сетчатки питает: Варианты ответов



1. хориоидею
2. внутренние слои сетчатки (+)
3. наружные слои сетчатки
4. стекловидное тело
5. склеру

24 Глазничный нерв является: Варианты ответов

1. чувствительным нервом (+)
2. двигательным нервом
3. смешанным нервом
4. парасимпатическим нервом
5. симпатическим нервом

25.В области хиазмы перекрещивается ..... % волокон зрительных нервов:  
Варианты ответов

- 1 25%
- 2 50% (балл -0)
- 3 75% (балл -9)
- 4 100%
- 5 10%

26.Развитие глаза начинается на: Варианты ответов

1. 1-2-ой неделе внутриутробной жизни (+)
2. 3-ей неделе -»-
3. 4-ой неделе -»-
4. 5-ой неделе -»-
5. 10-ой неделе -»-

27 Сосудистая оболочка образуется: Варианты ответов

1. мезодермы (+)
2. эктодермы
3. смешанной природы
4. нейроэктодермы
5. энтодермы

28 Сетчатка образуется из:

Варианты ответов

1. эктодермы
2. нейроэктодермы (+)
3. мезодермы
4. энтодермы
5. смешанной природы

29 Через верхнюю глазничную щель проходит:

1. глазничный нерв
2. глазодвигательные нервы
3. основной венозный коллектор
4. отводящий нерв
5. блоковый нерв

30 Веки являются:

1. придаточной частью органа зрения
2. вершиной орбиты
3. защитным аппаратом органа зрения
4. боковой стенкой орбиты
5. не относятся к органу зрения

31 Ветвями глазничной артерии являются:

1. центральная артерия сетчатки
2. слезная артерия
3. надглазничная артерия
4. лобная артерия
5. надблоковая артерия

32 Отток крови из век направляется:

1. в сторону вен глазницы
2. в сторону лицевых вен
3. в оба направления
4. в сторону верхней челюсти
5. в сторону кавернозного синуса

33 Перикорнеальная инъекция свидетельствует о:

1. конъюнктивите
2. повышенном внутриглазном давлении
3. воспалении сосудистого тракта
4. поражении слезопродуцирующих органов
5. внутриглазном инородном теле

34 Иннервация слезной железы осуществляется:

1. парасимпатической нервной системой
2. симпатической нервной системой
3. по смешанному типу
4. лицевым и тройничным нервами
5. отводящим нервом

35 Отток жидкости из передней камеры осуществляется через:

1. область зрачка
2. капсулу хрусталика

3. цинновы связки
4. зону трабекулы
5. зону радужки

36 Положение зубчатой линии соответствует:

1. зоне проекции лимба
2. месту прикрепления сухожилий прямых мышц
3. зоне проекции трабекулы
4. за зоной проекции цилиарного тела

37 Хориоидея состоит из слоя:

1. мелких сосудов
2. средних сосудов
3. крупных сосудов
4. нервных волокон

38 Зрительный нерв имеет оболочки:

1. мягкую оболочку
2. паутинную оболочку
3. внутреннюю эластичную
4. твердую оболочку

39 Влага передней камеры служит для

1. питания роговицы и хрусталика
2. выведения отработанных продуктов обмена
3. поддержания нормального офтальмотонуса
4. преломления света
5. питания стекловидного тела

40 В пределах «мышечной воронки» находится:

1. зрительный нерв
2. глазничная артерия
3. глазодвигательный нерв
4. отводящий нерв
5. блоковый нерв

41 Стекловидное тело выполняет все функции.

1. трофическую функцию
2. «буферную» функцию
3. светопроводящую функцию
4. опорную функцию
5. поддержания офтальмотонуса

42 Ткани глазницы получают питание из источников:

1. решетчатых артерий
2. слезной артерии
3. глазничной артерии
4. центральной артерии сетчатки
5. средней мозговой артерии

43 Кровоснабжение глазного яблока осуществляется сосудами:

1. глазничной артерией
2. центральной артерией сетчатки
3. задними короткими цилиарными артериями
4. передними цилиарными артериями
5. задними длинными цилиарными артериями

44 Короткие задние цилиарные артерии питают:

1. роговицу
2. радужку
3. склеру
4. наружные слои сетчатки
5. внутренние слои сетчатки

45 Кровоснабжение цилиарного тела и радужки осуществляется:

1. длинными задними цилиарными артериями
2. короткими задними цилиарными артериями
3. передними цилиарными артериями
4. решетчатыми артериями
5. медиальными артериями век

46 Отток крови от тканей глазницы осуществляется через:

1. верхнюю глазничную вену
2. нижнюю глазничную вену
3. центральную вену сетчатки
4. верхне-темпоральную ветвь центральной вены сетчатки
5. нижне-темпоральную ветвь центральной вены сетчатки

47 Двигательную иннервацию экстраокулярных мышц осуществляют структуры:

1. глазодвигательного нерва
2. отводящего нерва
3. блокового нерва
4. тройничного нерва
5. тройничного узла

**МДК.02.02 Часть 4 Лечение пациентов онкологического профиля**  
**Тестовые задания**

1. Социальная гигиена является наукой, изучающей
  - а) общественное здоровье
  - б) социальные факторы, влияющие на здоровье населения
  - в) экономические факторы, влияющие на здоровье населения
  - г) природные факторы и влияние окружающей среды
  - (+) д) все перечисленное
2. Показателями общественного здоровья являются все перечисленные, кроме
  - а) трудовой активности населения
  - б) заболеваемости
  - в) демографических показателей
  - г) физического развития населения
  - (+) д) обеспеченности врачами и средним медицинским персоналом
3. Здоровье является предпосылкой
  - а) полноценного и гармонического развития человека
  - б) повышения эффективности производства
  - в) повышения производительности труда
  - г) повышения народного благосостояния
  - (+) д) всего перечисленного
4. Материально-техническую базу здравоохранения составляют
  - а) сеть учреждений здравоохранения
  - б) коечный фонд
  - в) оснащенность аппаратурой
  - г) укомплектованность врачебными кадрами
  - (+) д) все перечисленное
5. Заболеваемость населения приносит народному хозяйству
  - а) снижение производительности труда
  - б) повышение профессиональной патологии
  - в) снижение социальных условий жизни человека
  - г) сокращение продолжительности жизни человека
  - (+) д) все перечисленное
6. Развитие профилактического направления в медицине предполагает все перечисленное, кроме
  - а) улучшения санитарно-гигиенического воспитания населения
  - б) повышения уровня пропаганды здорового образа жизни, физкультуры и спорта
  - в) искоренения вредных привычек
  - г) расширения сети больниц и отделений восстановительного лечения
  - (+) д) расширения массовых профосмотров, диспансеризации, повышения их качества и эффективности
7. Оптимальная мощность специализированного онкологического отделения стационара составляет
  - а) от 20 до 40 коек
  - (+) б) от 40 до 60 коек

- в)от 60 до 90 коек
- г)от 90 до 120 коек

8.В структуре заболевания наибольший удельный вес составляет

- а)гипертоническая болезнь
- б)профессиональные заболевания
- (+) в)острые респираторные заболевания и грипп
- г)злокачественные новообразования
- д)сердечно-сосудистые заболевания

9Заболеваемость можно изучить по данным всех перечисленных ниже показателей, кроме

- а)обращаемости населения в медицинские учреждения
- б)деятельности ВКК и ВТЭК
- в)профилактических осмотров и диспансерного наблюдения
- (+) г)причин смерти

10.Уровень общей смертности считается низким, если ее показатель составляет

- а)ниже 10% на 1000 населения
- б)от 11 до 15% на 1000 населения
- в)от 16 до 20% на 1000 населения
- (+) г)от 21 до 25% на 1000 населения

11Основными тенденциями развития стационарной медицинской помощи являются все перечисленные ниже, кроме

- а)внедрения принципа этапности
- б)возрастания значимости в работе стационара и других медицинских учреждений
- в)возрастания стоимости основных фондов медицинских учреждений и расходов на содержание больных
- (+) г)сокращения коечного фонда

12Общими показателями деятельности городской больницы являются

- а)фактическое число дней работы койки в течение года
- б)оборот койки
- в)средняя продолжительность пребывания на койке
- г)летальность
- (+) д)все перечисленное

13.Показателем средней продолжительности пребывания больного на койке является

- а)отношение числа койко-дней, проведенных всеми больными в стационаре, к числу прошедших больных (выписанных) за год
- (+) б)отношение числа койко-дней, проведенных всеми больными в стационаре, к числу прошедших больных (включая умерших) за год
- в)верно а) и б)
- г)ничто из вышеперечисленного

14.На среднюю продолжительность пребывания больного на койке влияет

- а)состав больных по характеру заболевания

- б) квалификация врачей
- в) методы лечения
- г) оснащенность больницы
- (+) д) все перечисленное

15. К качественным показателям деятельности стационара относятся все перечисленные, кроме

- а) летальности
- б) среднего койко-дня
- в) хирургической активности
- г) процента расхождения клинических и анатомических диагнозов
- (+) д) количества средств, затраченных на медикаменты

16. Резервами рационального использования коечного фонда являются все перечисленные, кроме

- а) более полного обследования больных на догоспитальном этапе
- б) организации дневных стационаров
- в) уменьшения случаев дублирования обследования
- (+) г) снижения повторной госпитализации
- д) поздней выписки больных

17. Экспертизу стойкой нетрудоспособности проводят

- а) главный врач поликлиники
- б) райздравотдел
- в) органы социального страхования
- (+) г) ни один из перечисленных
- д) все перечисленные

18. Экспертизой трудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях здравоохранения занимаются

- а) лечащий врач
- б) заведующий отделением
- (+) в) заместитель главного врача по экспертизе временной

нетрудоспособности

- г) главный врач
- д) все перечисленные

19. Среди неэпидемических заболеваний первое место среди причин инвалидности занимают

- а) профессиональные заболевания
- б) гипертоническая болезнь
- в) злокачественные новообразования
- (+) г) сердечно-сосудистые заболевания
- д) болезни печени и желчных путей

20. На ВТЭК больного направляют в следующих случаях: 1) для установления группы инвалидности 2) для санкционирования долечивания после четырех месяцев нетрудоспособности 3) для направления на санаторно-курортное лечение 4) для назначения пособия по временной нетрудоспособности

- (+) а)если верно 1) и 2)
- б)если верно 2) и 3)
- в)если верно 3) и 4)
- г)если верно 1) и 4)
- д)если все верно

21.Основными звеньями первичной профилактики являются все перечисленные, кроме

- а)формирования здорового образа жизни у населения
- (+) б)диспансерного наблюдения за здоровыми людьми
- в)диспансерного наблюдения за больными
- г)создания здоровых условий жизни

22.Основными факторами окружающей среды, оказывающими влияние на здоровье населения, являются

- а)состояние окружающей среды (воздух, водоснабжение, озеленение и др.)
- б)условия труда
- в)питание
- г)условия воспитания и обучения детей и подростков
- (+) д)все перечисленное

23. Качество диспансеризации характеризуют: 1)охват больных диспансерным наблюдением 2)своевременность взятия на учет 3)снижение числа случаев и дней нетрудоспособности 4)снятие с учета по выздоровлению 5)полнота проведения лечебных и оздоровительных мероприятий

- а)если верно 1, 2 и 3
- б)если верно 2, 3 и 4
- в)если верно 3, 4 и 5
- г)если верно 1, 2 и 5
- (+) д)если верно 2, 3 и 5

24.В качестве дальнейшего развития системы диспансеризации принимается все перечисленное, кроме

- а)дальнейшего совершенствования материально-технической базы здравоохранения
- б)разукрупнения территориальных участков
- в)создания целевых программ и внедрения автоматизированных систем
- (+) г)разработки оптимальных режимов труда, отдыха, питания
- д)резкого увеличения количества медицинского персонала

25.Эффективность работы по диспансеризации может быть оценена по всем перечисленным критериям, кроме

- а)своевременности выявления заболеваний и взятия на учет больных
- б)соблюдения сроков осмотров
- в)снижения показателей временной нетрудоспособности в днях и случаях на 100 диспансеризуемых



г)увеличения числа диспансеризуемых со стойкой ремиссией или улучшением состояния здоровья

(+) д)повышения рождаемости в районе обслуживания поликлиники

26.Для расчета потребности во врачебных должностях для обслуживания населения стационарной помощью необходимы данные: 1)показатель использования коечного фонда (в %) 2)потребность в больничных койках 3)нормы нагрузки врачебной должности в стационаре 4)оборот койки

а)если верно 1 и 2

б)если верно 2 и 3

(+) в)если верно 3 и 4

г)если верно 1 и 4

д)если все верно

27.Для определения числа врачебных должностей для оказания амбулаторно поликлинической помощи населению, необходимо знание штатных нормативов, к которым относятся: 1)штатные нормативы 2)численность населения 3)функция врачебной должности 4)возрастной состав населения 5)число посещений на одного жителя в год

а)если верно 1, 2 и 3

б)если верно 2, 3 и 4

в)если верно 3, 4 и 5

(+) г)если верно 1, 2 и 4

д)если верно 1, 2 и 5

28.Регистрация каждого случая в клинико-статистическом исследовании осуществляется

а)на специальной выборочной карте

б)на контрольной карте

(+) в)с использованием первичных документов (история болезни, выписка из амбулаторной карты и др.)

29.Деонтология - наука о долге врача и среднего медицинского персонала, который состоит в том, чтобы

а)обеспечить наилучшее лечение

б)создать благоприятную обстановку для выздоровления больного

в)установить доверительные отношения: больной - врач, врач - больной, врач - родственники больного, врачи между собой

(+) г)все перечисленное

30.В основе врачебной этики и деонтологии лежат все перечисленные ниже критерии, кроме

а)гуманизма

(+) б)меркантилизма

в)профессионализма

г)индивидуализма

31.Различают уровни деонтологической проблемы

а)индивидуальный

б)коллективный

- в)государственный
  - г)глобальный
  - (+) д)все перечисленные
- 32.Этические нормы врача определяются
- а)умениями и навыками
  - б)законами и признаками
  - в)этническими особенностями региона
  - г)моральной ответственностью перед обществом
  - (+) д)всем перечисленным
- 33.Заболеваемость - это
- (+) а)совокупность вновь возникших в данном году заболеваний
  - б)общее число больных, обратившихся в течение года за медицинской помощью
  - в)отношение общего числа больных, обратившихся за медицинской помощью в течение года в расчете на 100 жителей
  - г)процент заболевших среди постоянного населения данного района
- 34.Основным первичным учетным документом онкологического диспансера является
- а)извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака
  - б)протокол запушенности
  - в)выписка из медицинской карты
  - (+) г)контрольная карта диспансерного наблюдения
  - д)история болезни
- 35.Основным структурным звеном онкологической службы является
- а)ВОНЦ Российской АМН
  - б)НИИ онкологии
  - (+) в)онкологический диспансер
  - г)онкологическое отделение
  - д)онкологический кабинет
- 36.Задачами онкологического диспансера являются
- а)организация профосмотров
  - (+) б)анализ статистических данных по заболеваемости и смертности
  - в)онкологическая подготовка врачей
  - г)научно-исследовательская работа
  - д)верны первые 3 ответа
  - е)все ответы верны
- 37.Самой частой злокачественной опухолью у мужчин в нашей стране является
- (+) а)рак легких
  - б)рак желудка
  - в)рак предстательной железы
  - г)рак прямой кишки
- 38.Заболеваемость раком желудка в России

- (+) а)имеет тенденцию к снижению
  - б)имеет тенденции к повышению
  - в)стабильна
  - г)в различных регионах имеет разную тенденцию
- 39.Курение оказывает влияние на частоту
- а)рака легкого, яичников, мочевого пузыря
  - (+) б)рака легкого, гортани, мочевого пузыря
  - в)рака легкого, почки, щитовидной железы
  - г)рака легкого, желудка, толстой кишки
  - д)рака легкого, шейки матки, лимфосаркома
- 40.Для решения организационных вопросов в онкологии необходимы
- а)научно-обоснованная система организации специализированной помощи
  - б)материально-техническая база
  - в)своевременное и широкое внедрение в практику достижений медицинской науки
  - (+) г)все ответы правильны
- 41.Архивный срок хранения контрольной карты составляет не менее
- а)1 года
  - б)3 лет
  - (+) в)5 лет
  - г)10 лет
  - д)15 лет
- 42.Больной с удаленным ворсинчатым полипом прямой кишки должен наблюдаться
- а)у хирурга
  - б)у проктолога
  - (+) в)у онколога
  - г)у терапевта
- 43.К Ib клинической группе больных относятся
- а)больные с заболеваниями, подозрительными на злокачественное образование
  - (+) б)больные с предопухолевыми заболеваниями
  - в)лица, излеченные от злокачественных новообразований
  - г)правильного ответа нет
- 44.Больная 41 года, оперированная по поводу пролиферативной формы фиброзно-кистозной мастопатии, должна наблюдаться
- а)у хирурга
  - (+) б)у онколога
  - в)у гинеколога
  - г)у терапевта
  - д)наблюдения не требуется
- 45.Перевод онкологического больного с I(+) стадией заболевания (после лечения) в III клиническую группу возможен

- а)при раке молочной железы
  - б)при лимфогранулематозе
  - в)при раке яичников
  - (+) г)при всех перечисленных
  - д)ни при одной из перечисленных
- 46.Перевод онкологического больного с I(+) стадией заболевания (после проведенного лечения) в III клиническую группу возможен
- а)при раке желудка
  - б)при раке легкого
  - в)при раке слизистой дна полости рта
  - г)все ответы правильные
  - (+) д)правильного ответа нет
- 47.Перевод онкологического больного с I(+) стадией заболевания (после проведенного лечения) в III клиническую группу возможен
- а)при раке желудка
  - б)при раке толстой кишки
  - в)при раке легкого
  - (+) г)при несеминомной опухоли легких
  - д)при раке поджелудочной железы
- 48.У больной 35 лет рак молочной железы IIIб стадии. Закончена послеоперационная лучевая терапия. Срок пребывания на больничном листе - 4 месяца. Профессия больной - маляр. Следует рекомендовать
- (+) а)врачебно-трудовую экспертизу (ВТЭК)
  - б)выписать больную
  - в)предложить сменить профессию
  - г)предложить больничный лист
  - д)правильного ответа нет
- 49.Группа инвалидности не может быть установлена
- а)больным в возрасте до 16 лет
  - б)военнослужащим
  - в)домохозяйкам
  - (+) г)группа инвалидности устанавливается всем больным
  - д)правильного ответа нет
- 50.Теоретическими основами врачебной этики и медицинской деонтологии являются
- а)принципы врачебной этики и деонтологии
  - б)учение о положении врача в обществе
  - в)концепция о болезни и здоровье
  - г)основы медицинской психологии
  - (+) д)выше перечисленное
- 51.Дополнительный отпуск предоставляется
- (+) а)врачу-радиологу
  - б)врачу-химиотерапевту
  - в)хирургу-онкологу

- г) всем вышеперечисленным
- д) никому не предоставляется

52. К первой категории лечебных учреждений относится онкологический диспансер при наличии в нем

- а) 25 врачебных должностей
- (+) б) 15 врачебных должностей
- в) 10 врачебных должностей
- г) 7 врачебных должностей
- д) 5 врачебных должностей

53. Должности врачей-онкологов в стационаре устанавливаются из расчета одна должность

- а) на 30 коек
- б) на 25 коек
- (+) в) на 20 коек
- г) на 15 коек
- д) на 10 коек

54. Минимальное количество коек онкологического стационара, в котором устанавливается должность заведующего

- а) 60 коек
- б) 50 коек
- (+) в) 40 коек
- г) 30 коек
- д) 25 коек

55. Должности врача-онколога для оказания амбулаторной помощи населению устанавливаются из расчета

- а) 0.05 должности на 10 000 населения
- б) 0.1 должности на 10 000 населения
- (+) в) 0.15 должности на 10 000 населения
- г) 0.2 должности на 10 000 населения
- д) 0.25 должности на 10 000 населения

56. Для оказания консультативной помощи населению устанавливается

- а) 0.05 должности на 100 000 населения
- б) 0.1 должности на 100 000 населения
- в) 0.15 должности на 100 000 населения
- г) 0.2 должности на 100 000 населения
- (+) д) 0.25 должности на 100 000 населения

57. Злокачественные новообразования среди причин смерти населения занимают

- а) 1-е место
- (+) б) 2-е место
- в) 7-8-е место
- г) 10-е место

58. Прирост числа мужчин, умерших от рака за последние два десятилетия в индустриально развитых странах, обусловлен в основном увеличением заболеваемости

- а) раком желудка
- (+) б) раком легкого
- в) опухолями яичка
- г) лейкозом

59. В индустриальных странах главной причиной увеличения смертности от злокачественных новообразований является

- (+) а) старение населения
- б) резкое ухудшение экологической обстановки
- в) увеличение влияния профессиональных вредностей
- г) нет правильного ответа

60. Эпидемиология злокачественных новообразований изучает

- а) причины возникновения и закономерности массового распространения опухолевых заболеваний
- б) возможности профилактики онкологических заболеваний и пути борьбы с ними
- (+) в) и то, и другое
- г) ни то, ни другое

61. Онкологическая статистика в большей мере соответствует

- (+) а) описательному (дискриптивному) направлению в эпидемиологии злокачественных новообразований
- б) аналитическому направлению в эпидемиологии
- в) и то, и другое
- г) ни то, ни другое

62. Своевременное получение и анализ достоверных сведений о заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований являются неперенным условием

- а) для планирования и оценки эффективности мероприятий, направленных на профилактику и раннее выявление опухолей
- б) оказания эффективной помощи онкологическим больным
- в) ни то, ни другое
- (+) г) и то, и другое

63. Основными задачами онкологической статистики являются

- а) определение современного состояния и основных тенденций заболеваемости, болезненности и смертности населения от злокачественных опухолей
- б) оценка эффективности мероприятий в области профилактики и раннего проявления злокачественных опухолей, лечения и реабилитации онкологических больных
- в) обеспечение органов здравоохранения постоянной информацией, пригодной для оперативного руководства системой противораковой борьбы
- (+) г) все перечисленное

д)правильные ответы а) и в)

64.Принципами, обеспечивающими эффективность службы онкологической статистики в России, являются

а)полнота учета всех заболевших злокачественными новообразованиями и умерших от них

б)оперативный характер получения анализа и использования информации

в)территориальность системы наполнения и использования полученных сведений

(+) г)все ответы правильны

д)верные ответы а) и б)

65.Применение стандартизованных показателей в онкологической статистике необходимо для исключения влияния на показатели заболеваемости и смертности таких факторов

а)как возрастной составной населения

б)как половой состав населения

(+) в)и того, и другого

г)ни того, ни другого

66.В большинстве отечественных и зарубежных работ по онкологической статистике в качестве стандартного распределения населения принято распределение, рассчитанное

(+) а)М.Сечи (1966, 1981 гг.)

б)Н.П.Напалковым (1982 г.)

в)Н.Н.Петровым (1913 г.)

г)правильного ответа нет

67.В онкологической статистике целесообразно использовать

а)только стандартизованные показатели

б)только обычные (грубые показатели)

(+) в)и стандартизованные показатели, и обычные (грубые) показатели заболеваемости и смертности

68.Аналитическому направлению в эпидемиологии злокачественных новообразований в большей мере удовлетворяют

(+) а)стандартизованные показатели

б)"грубые" показатели

в)и те, и другие

г)ни те, ни другие

69.Вклад аналитической эпидемиологии весьма существенен в решении проблем, связанных

а)с установлением причинной связи между курением табака и резким учащением рака легких у курящих

б)с профессиональным раком

в)с влиянием на показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями специфических факторов внешней среды (включая природные) и национальных обычаев и привычек

г)нет правильного ответа

(+) д)все ответы верные

70.Хирургическая анатомия - это

а)раздел хирургии, изучающий и разрабатывающий отдельные хирургические доступы и оперативные приемы

(+) б)раздел анатомии, изучающий строение тела человека применительно к запросам хирургии, главным образом, с целью обоснования оперативных доступов и приемов

в)анатомия, изучающая строение, форму и взаимоотношение органов по областям тела

г)раздел анатомии, изучающий пространственное расположение органов и анатомических образований

71.Оперативная хирургия - это

а)раздел хирургии, изучающий основы патологии и общие принципы применения оперативных хирургических методов лечения

б)раздел хирургии, изучающий отдельные хирургические доступы

в)раздел хирургии, разрабатывающий и изучающий оперативные приемы

г)раздел хирургии, разрабатывающий оперативные методы восстановления анатомической целостности, формы и функции поврежденных органов и тканей

(+) д)правильные ответы б) и в)

72.Оперативный прием - это

а)совокупность действий хирурга при разделении тканей для обнажения органа, являющегося основным объектом хирургического вмешательства

б)совокупность действий хирурга на органах и тканях, являющихся основным объектом вмешательства

в)решающий этап хирургической операции

г)начальный этап оперативного вмешательства

(+) д)правильные ответы б) и в)

73.Основной путь лимфооттока в нормальных условиях

(+) а)ортоградный

б)ретроградный

в)коллатеральный

г)смешанный

74.Связь лимфатической и кровеносной систем осуществляется, главным образом, на уровне

а)лимфатических капилляров

б)внутриорганных сплетений мелких лимфатических сосудов

в)крупных экстраорганных отводящих лимфатических сосудов

(+) г)правого и левого (грудного) лимфатических протоков, впадающих в крупные вены шеи

75.При естественном течении опухолевого процесса возможными путями метастазирования могут быть: 1)лимфогенный 2)гематогенный



3)лимфогематогенный 4)имплантационный 5)распространение по протяженности

- (+) а)все перечисленные
- б)все перечисленные, кроме 5
- в)все перечисленные, кроме 4 и 5
- г)все перечисленные, кроме 3 и 5

76К антибластике не имеет отношения

(+) а)удаление опухоли единым блоком с регионарными лимфатическими узлами и другими анатомическими структурами в пределах здоровых тканей

- б)предоперационная лучевая терапия
- в)использование электрохирургического метода
- г)применение лекарственных средств (химиопрепараты и другие)
- д)перевязка магистральных сосудов до начала мобилизации

пораженного опухолью органа

77.Соблюдение принципов анатомической зональности и футлярности лежит в основе

а)понятия "антибластики" при операциях по поводу злокачественных опухолей

(+) б)понятия "абластики" при операциях по поводу злокачественных опухолей

- в)мер профилактики ортоградного лимфогенного метастазирования
- г)мер профилактики гематогенного метастазирования

78.Лимфатический отток из подвижной части языка осуществляется

- а)в подбородочные лимфоузлы
- б)в подчелюстные лимфоузлы
- в)в глубокие яремные лимфоузлы
- г)только в подчелюстные лимфоузлы
- (+) д)во все перечисленные лимфоузлы

79.Кровоснабжение щеки осуществляется за счет

- а)задней ушной артерии
- (+) б)поверхностной височной артерии
- в)внутренней челюстной артерии
- г)восходящей глоточной артерии

80.Иннервация мягкого неба осуществляется

- а)второй ветвью тройничного нерва
- б)ветвями языкоглоточного нерва
- в)ветвями блуждающего нерва
- г)симпатическим нервом
- (+) д)всеми перечисленными

81Кровоснабжение языка осуществляется за счет язычной артерии, отходящей от системы

- а)внутренней сонной артерии
- (+) б)наружной сонной артерии

- в)позвоночной артерии
  - г)все ответы верны
  - д)правильного ответа нет
- 82.Глоточный отросток околоушной слюнной железы расположен
- а)в заглочном пространстве
  - (+) б)в переднебоковом парафарингеальном пространстве
  - в)в заднебоковом парафарингеальном пространстве
  - г)в крылонебной ямке
  - д)в ретрофарингеальном пространстве
- 83.Анатомическим образованием, разделяющим парафарингеальное пространство на передне- и заднебоковые, является
- а)задняя небная дужка
  - (+) б)шилодиафрагма (диафрагма Жанеско)
  - в)крыловидная мышцы
  - г)все вышеперечисленные
- 84.Типичной операцией при раке подвижной части языка II-III стадии является
- (+) а)половинная электрорезекция языка
  - б)субтотальная резекция языка
  - в)удаление языка
  - г)любая из вышеперечисленных
- 85.Типичной операцией при высокодифференцированном раке щитовидной железы T1-2 является
- а)энуклеация узла
  - б)резекция доли
  - в)гемитиреоидэктомия
  - (+) г)гемитиреоидэктомия с перешейком
  - д)субтотальная резекция железы
- 86.Грушевидный синус относится
- а)к надскладочному отделу гортани
  - (+) б)к складочному отделу гортани
  - в)к подскладочному отделу гортани
  - г)все ответы правильны
- 87.Хемодектома блуждающего нерва клинически локализуется в зачелюстной ямке. Она расположена
- а)в переднебоковом фарингеальном пространстве
  - (+) б)в заднебоковом парафарингеальном пространстве
  - в)в ретрофарингеальном пространстве
  - г)в сонном треугольнике
  - д)в подчелюстном треугольнике
- 88.Венозный круг в молочной железе (венозный анастоматический круг) располагается
- а)в области фасции большой грудной мышцы
  - (+) б)в области ареолы

- в) во внутренних квадрантах
  - г) в верхненаружном квадранте
  - д) в области переходной складки
89. Сосок молочной железы рефлекторно может изменять свою форму за счет
- (+) а) волокон гладких мышц
  - б) кожи
  - в) жировой ткани
  - г) соединительной ткани
  - д) капилляров
90. Внутренняя артерия молочной железы (внутренняя грудная артерия) начинается
- (+) а) из подключичной артерии
  - б) из общей сонной артерии
  - в) из верхней щитовидной артерии
  - г) из позвоночной артерии
91. При радикальной мастэктомии по Холстеду - Майеру большая и малая грудные мышцы
- а) сохраняются
  - (+) б) удаляются
  - в) большая грудная мышца сохраняется, малая грудная мышца удаляется
  - г) малая грудная мышца сохраняется, большая грудная мышца удаляется
92. При операции радикальной мастэктомии по Пейти
- а) обе грудные мышцы удаляются
  - (+) б) большая грудная мышца сохраняется
  - в) малая грудная мышца сохраняется, большая грудная мышца удаляется
  - г) удаляются парастернальные лимфоузлы
93. В хирургической анатомии средостения предусмотрено выделение следующих его отделов: 1) верхнее средостение 2) нижнее средостение 3) переднее средостение 4) среднее (центральное) средостение 5) заднее средостение
- (+) а) правильно все перечисленное
  - б) правильно все, кроме 5
  - в) правильно 1, 2, 3
  - г) правильно 2, 3, 4
  - д) правильно 3, 4, 5
94. В верхнем средостении располагаются: 1) дуга аорты 2) три ветви дуги аорты 3) трахея 4) главные бронхи 5) нижний полюс вилочковой железы
- а) правильно 1 и 4
  - б) правильно 2 и 5
  - в) правильно 3 и 4
  - г) правильно 3, 4 и 5
  - (+) д) правильно 1, 2 и 3
95. Кровоснабжение абдоминального сегмента пищевода осуществляется в основном за счет

- а)восходящей ветви левой желудочной артерии
- б)ветвей нижней левой диафрагмальной артерии
- в)пищеводных артерий грудного отдела аорты
- г)ветвей верхней левой диафрагмальной артерии
- (+) д)правильные ответы а) и б)

96.Из абдоминального сегмента пищевода лимфа оттекает преимущественно в следующие группы лимфатических узлов: 1)верхние трахеобронхиальные 2)нижние трахеобронхиальные 3)околокардиальные 4)верхние желудочные лимфатические узлы по малой кривизне 5)лимфатические узлы желудочно-поджелудочной связки

- а)правильно 1 и 3
- б)правильно 2 и 4
- в)правильно 1 и 2
- г)правильно 1, 2 и 3
- (+) д)правильно 3, 4, 5

97.Верхняя доля правого легкого образована

- а)двумя сегментами
- (+) б)тремя сегментами
- в)четырьмя сегментами
- г)пятью сегментами

98.Первым этапом ортоградного лимфогенного метастазирования периферического рака легких следует считать

- (+) а)пульмональные, лимфатические узлы
- б)бронхопульмональные лимфатические узлы
- в)паратрахеальные лимфатические узлы
- г)нижние трахеобронхиальные (бифуркационные)

99.Грудной лимфатический проток проникает из брюшной полости в грудную

- а)через пищеводное отверстие диафрагмы
- (+) б)через аортальное отверстие
- в)через венозное отверстие
- г)между внутренней и средней ножками диафрагмы слева

100.Трансстернальный оперативный доступ наиболее часто применяется при операциях по поводу опухолей: 1)переднего средостения 2)заднего средостения 3)трахеи 4)пищевода 5)легкого

- (+) а)правильно 1 и 3
- б)правильно 2 и 4
- в)правильно 3 и 5
- г)правильно 1 и 2
- д)правильно 4 и 5

**МДК 02.05.Проведение медицинского обследования с целью диагностики, назначения и проведения лечения заболеваний акушерско-гинекологического профиля**

Тема №1 : Оказание помощи при физиологических родах. Течение родов.  
Нормальный послеродовой период.

Задача №1 Роженица В., 21 года, поступила в родильное отделение ЦРБ с доношенной беременностью и схваткообразными болями внизу живота нерегулярного характера, продолжающимися 7 часов. Срок родов через 2 дня. Анамнез: соматически здорова, менструальная функция не нарушена. Гинекологические заболевания отрицает. Беременность первая. Объективно: кожные покровы обычной окраски. Пульс 76 уд/мин., ритмичный. АД 120/80 – 115/70 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. ОЖ 102 см, ВСДМ 34 см. Размеры таза 26-28-31-20 см. Положение плода продольное, предлежание головное. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд./мин. Влагалищное исследование: влагалище емкое, шейка матки сглажена, расположена по проводной оси таза, края умеренно плотные, открытие на 0,5 см. Плодный пузырь цел. Головка прижата к входу в малый таз. Крестцовый мыс не достигается.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз и обоснуйте ответ.
2. Определите тактику акушерки в данной ситуации.
3. Назовите признаки готовности организма к родам

Эталон решения ситуационной задачи

№ п/п		
1	2	3
1.	Предположительный диагноз: Роды первые срочные. Прелиминарный период. Обоснование: – нерегулярные болевые ощущения внизу живота, – отсутствие раскрытия маточного зева	
2.	Тактика акушерки в данной ситуации: – вызвать врача для решения вопроса о ведении данных родов, – подготовиться к выполнению назначений врача, – вести строгий контроль всех показателей роженицы	
3.	Признаки готовности организма к родам: – отмечается выделение из влагалища тягучего, слизистого секрета желез шейки матки, – происходит понижение массы тела, – дно матки опускается и беременной становится легче дышать, – шейка матки становится зрелой	

Задача №2

Роженица К., 23 лет, поступила с доношенной беременностью в родильное отделение районной больницы. Родовая деятельность регулярная, продолжается в течение 4-х часов. Беременность вторая, протекала без осложнений, роды предстоят вторые. Общие, инфекционные и гинекологические заболевания отрицает. Объективно: рост 160 см, масса тела 72 кг. Кожные покровы обычной окраски. АД 120/80 – 115/70 мм рт. ст.,

пульс 78 уд/мин., ритмичный. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. ВСДМ – 36 см, ОЖ – 90 см, размеры таза 26-29-32-21 см. Положение плода продольное, головка большим сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода 130 уд/мин. Схватки 4-5 за 10 минут по 40-50 секунд, сильные и болезненные. Влагалищное исследование: влагалище емкое, открытие шейки матки почти полное. Головкой плода выполнена верхняя треть симфиза и крестца. Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа спереди. Плодный пузырь вскрылся во время осмотра. Мыс не достигается.

Вопросы:

1. Оцените состояние женщины
2. Определите предположительный диагноз и обоснуйте ответ.
3. Определите тактику акушерки в данной ситуации.

Эталон решения ситуационной задачи

№ п/п		
1	2	3
1.	Оценка состояния роженицы: состояние удовлетворительное, что подтверждается данными осмотра (кожные покровы обычной окраски, АД 120/80 – 115/70 мм рт. ст., пульс 78 уд./мин., ритмичный)	
2.	Предположительный диагноз: конец I периода вторых срочных родов в головном предлежании. Обоснование: – схватки 4-5 за 10 мин. по 40-50 сек., сильные и болезненные, – открытие шейки матки почти полное, – плодный пузырь вскрылся во время осмотра	
3.	Тактика акушерки в данной ситуации: – измерить АД; выслушать сердцебиение плода, – обучить женщину поведению во втором периоде родов, с целью профилактики осложнений, – подготовить роженицу к родам (туалет наружных половых органов, смена рубашки, стерильная подкладная пеленка), – подготовить к приему родов родильную кровать, лоток для приема новорожденного, набор белья и инструментов для принятия родов	
	–	

**Задача №3** Повторнородящая женщина доставлена в приёмное отделение родильного дома с жалобами на схватки потужного характера. Беременность доношенная, роды третьи, предыдущие без осложнений, быстрые. Женскую консультацию не посещала. Схватки начались 2 часа назад, дома, воды отошли в машине скорой помощи. Женщину уложили на кушетку, где она сразу же родила доношенного мальчика без защиты промежности. Ребенок передан педиатру. Признаки отделения последа положительные. Послед не отходит. Кровопотеря 50 мл.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Определите акушерскую тактику в данной ситуации по завершению родов.
3. Дайте характеристику быстрым, стремительным и затяжным родам.
4. Перечислите осложнения стремительных родов.

Эталон решения ситуационной задачи

№ п/п		
1	2	3
1.	Предположительный диагноз: III период 3 срочных быстрых родов в приёмном покое.	
2.	Акушерская тактика в данной ситуации по завершению родов: <ul style="list-style-type: none"> <li>– выпустить мочу,</li> <li>– предложить женщине потужиться,</li> <li>– при отсутствии эффекта применить приёмы Абуладзе (Креде-Лазаревича),</li> <li>– оценить кровопотерю,</li> <li>– осмотреть послед,</li> <li>– применить лед, груз,</li> <li>– оценить общее состояние, пульс, АД, температуру,</li> <li>– ввести для профилактики кровотечения сокращающее матку средство,</li> <li>– учитывая экстренность действий, в более спокойной обстановке собрать анамнез, изучить карту беременной для дальнейшего планирования ведения пациентки,</li> <li>– учитывая роды в приемном покое – перевести родильницу в наблюдательное отделение, где произвести осмотр родовых путей, затем женщина переводится в палату, если возможно, вместе с ребенком</li> </ul>	
3.	Характеристика быстрых и стремительных родов: Роды, продолжающиеся менее 6 часов, называются быстрые роды. Менее 4 часов – стремительные роды. Роды, продолжающиеся более 18 часов, называются затяжными родами. В среднем: у первородящих продолжительность родов составляет 10-12 часов. У повторнородящих - 6-8 часов. Токограмма: 3-4 схватки за 10 минут	

1	2	3
4.	Осложнения стремительных родов: <ul style="list-style-type: none"> <li>– травмы мягких тканей родовых путей (разрывы шейки матки, стенок и сводов влагалища, промежности),</li> <li>– расхождение тазовых костей роженицы в области лонного сочленения,</li> <li>– преждевременная отслойка плаценты,</li> <li>– нарушение плацентарного кровотока,</li> <li>– нарушение отделения плаценты в третьем периоде родов,</li> <li>– гипотоническое кровотечение в первые 2 часа после родов,</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– травмы ключицы, плечевой кости (плод не успевает завершить поворот после рождения головки, и плечики рождаются в косом размере),</li> <li>– кровоизлияния под надкостницу костей черепа ребёнка и внутриорганные кровоизлияния (печень, почки, надпочечники),</li> <li>– нарушение мозгового кровообращения у плода,</li> <li>– травмы позвоночника новорождённого,</li> <li>– острая гипоксия плода в родах</li> </ul>	
	–	

## Тема №2: Гестозы

Задача №1 К акушерке ФАП 5 мая обратилась пациентка 24 лет с жалобами на задержку месячных, тошноту, рвоту до 10 раз в день, снижение аппетита, нарушение сна, повышение температуры до 37, 5° С. Анамнез: соматические заболевания отрицает. Половая жизнь с 22 лет в браке. Менструальная функция без особенностей. Последняя менструация с 15 по 19 марта. Данная беременность вторая. Первая беременность закончилась самопроизвольным выкидышем в 9 недель, беременность протекала на фоне токсикоза I половины беременности. Объективно: рост 160 см, вес 56 кг. АД 100/60; 90/50 мм рт. ст., Ps 96 уд./мин., ритмичный. Кожные покровы обычной окраски. Осмотр в зеркалах: шейка матки и слизистая влагалища цианотичны. Влагалище нерожавшей. Бимануально: матка соответствует 7-8 неделям беременности, мягковатой консистенции, безболезненная. Выделения скудные, слизистого характера.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Назовите принципы лечения данного состояния.

Эталон решения ситуационной задачи

№ п/п		
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Беременность 7-8 недель. Рвота беременных умеренная. Осложненный акушерский анамнез	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: <ul style="list-style-type: none"> <li>– наличия предположительных признаков беременности: тошнота, рвота, изменения аппетита;</li> <li>– наличия вероятных признаков беременности: задержка менструации, увеличение, размягчение матки, цианоз влагалища;</li> <li>– по последней менструации и по величине матки можно определить, что срок беременности 7-8 недель;</li> <li>– данных объективного обследования: гипотония, тахикардия, температура, потеря веса, нарушение аппетита и сна;</li> </ul>	



	– об осложненном акушерском анамнезе говорит самопроизвольный выкидыш, которым закончилась I беременность	
	–	
3	Принципы лечения умеренной рвоты беременных: <ul style="list-style-type: none"> <li>– диета, сбалансированная по калорийности и содержанию белка;</li> <li>– контроль баланса выпитой и выделенной жидкости;</li> <li>– контроль массы тела, диуреза, артериального давления;</li> <li>– контроль клинического и биохимического анализа крови;</li> <li>– определение ацетона и кетоновых тел 1 раз в 2 недели;</li> <li>– антигистаминные препараты;</li> <li>– пиридоксина гидрохлорид;</li> <li>– противорвотные и седативные средства</li> </ul>	
	–	

Задача №2 В ЦРБ поступила первобеременная А., 30 лет. Беременность в сроке 36-37 недель. Жалоб не предъявляет. Анамнез: менструальная функция без особенностей. Соматически здорова. С 30 недель беременная прибавила 6 кг массы тела. Две недели назад появились отеки нижних конечностей и повышение АД до 130/90 мм рт. ст. Принимала таблетки валерианы и папазола. Объективно: пульс 80 уд./мин., ритмичный. АД 170/100, 170/110 мм рт. ст., выраженные отеки нижних конечностей, передней брюшной стенки, кистей рук. Положение плода продольное, предлежит головка. Сердцебиение плода 136 уд./мин., ясное. Срочно определен белок в анализе мочи, выявлена протеинурия 2,32 г/л.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз обоснуйте его.
2. Определите свою тактику по отношению к женщине.
3. Назовите объем доврачебной помощи при данном состоянии.

#### Эталон решения ситуационной задачи

№ п/п		
1	2	3
1.	Постановка диагноза и его обоснование. Предположительный диагноз. Беременность 36-37 недель. Тяжелая преэклампсия. Диагноз поставлен на основании наличия типичной триады симптомов: повышение АД до 170/100, 170/110 мм рт. ст., наличие протеинурии 2,32 г/л, выраженные отеки нижних конечностей, передней брюшной стенки, кистей рук. Показатели АД и степень выраженности отеков говорят о степени тяжести преэклампсии	
2.	Тактика акушерки: <ul style="list-style-type: none"> <li>– провести оценку тяжести преэклампсии: АД, сознание, головная боль, судороги, одышка, боли в животе, кровотечение из половых путей, сердцебиение плода;</li> <li>– в приемный покой вызывается врач анестезиолог-реаниматолог, который начинает оказывать помощь;</li> <li>– обеспечить венозный доступ;</li> <li>– пациентка госпитализируется в ОРИТ;</li> </ul>	

	– дальнейшее ведение тяжелой ПЭ должно обеспечиваться одновременно акушером-гинекологом и анестезиологом-реаниматологом	
3.	Доврачебная помощь при преэклампсии: <ul style="list-style-type: none"> <li>– оценить тяжесть преэклампсии: АД, сознание, головная боль, судороги, одышка, боли в животе, кровотечение из родовых путей, сердцебиение плода;</li> <li>– обеспечить венозный доступ: периферическая вена;</li> <li>– ввести магния сульфат 25% 20 мл в/в медленно на физиологическом растворе (за 10 мин.) через инфузомат со скоростью 2 г/час (22 капли/час).</li> <li>– при АД выше 140/90 мм рт. ст. – гипотензивная терапия: метилдофа, нифедипин;</li> <li>– госпитализация в ПИТ;</li> <li>– при госпитализации пациентки с ПЭ линейной бригадой СМП, последняя должна оповестить акушерский стационар, куда транспортируется пациентка</li> </ul>	
	–	
		3
	–	
	–	

Задача №3 Беременная Х., 25 лет, доставлена в акушерское отделение районной больницы машиной скорой помощи в 18.00 в тяжелом состоянии с помрачённым сознанием. Из рассказа сопровождавшего ее мужа удалось узнать, что настоящая беременность первая, протекала без осложнений, соматически здорова. Две недели назад, получив дорожный отпуск, беременная уехала к матери в деревню. Возвратилась домой вчера, чувствовала общее недомогание, появились отеки и головные боли. Сегодня с утра почувствовала боль «под ложечкой», была рвота, вскоре появился судорожный припадок с потерей сознания. При поступлении в родильный дом судорожный припадок повторился. Вначале появились мелкие фибриллярные подергивания мышц лица, глаза перекозились. Затем начались подергивания верхних конечностей. Тело беременной вытянулось, позвоночник изогнулся, челюсти плотно сжались, глаза закатились и стали видимыми белки глазных яблок. Дыхание прекратилось. Лицо побледнело, вслед за этим последовала буря судорог во всей мускулатуре тела, появился сильный цианоз, шейные вены напряглись. Судороги постепенно стали реже и, наконец, прекратились. Появился глубокий шумный вдох, на губах выступила пена. Дыхание восстановилось. Припадок длился полторы минуты. Беременная без сознания

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз, обоснуйте ответ.
2. Определите свою тактику по отношению к женщине.
3. Назовите возможные осложнения данного состояния.
4. Назовите принципы оказания доврачебной помощи.

Эталон решения ситуационной задачи

№ п/п		
1	2	3
1.	<p>Постановка диагноза и его обоснование.</p> <p>Предположительный диагноз. Беременность 32 недели. Эклампсия во время беременности.</p> <p>Диагноз поставлен на основании характерного судорожного припадка, отеков, головной боли у беременной со сроком беременности 32 недели</p>	
2.	<p>Определение тактики по отношению к женщине:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– в приемном покое проводится оценка тяжести состояния: АД, сознание, головная боль, судороги, одышка, боли в животе, кровотечение из половых путей, сердцебиение плода;</li> <li>– в обязательном порядке в приемный покой вызывается врач анестезиолог-реаниматолог, который начинает оказывать помощь;</li> <li>– обеспечить венозный доступ;</li> <li>– пациентка госпитализируется в ОРИТ;</li> <li>– дальнейшее ведение эклампсии должно проводиться одновременно акушером-гинекологом и анестезиологом-реаниматологом</li> </ul>	
3.	<p>Осложнения эклампсии:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– эклампсический статус;</li> <li>– кровоизлияние в мозг;</li> <li>– отслойка сетчатки;</li> <li>– отслойка плаценты;</li> <li>– внутриутробная смерть плода;</li> <li>– гибель женщины</li> </ul>	
4.	<p>Доврачебная помощь при эклампсии:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– оценить тяжесть преэклампсии: АД, сознание, головная боль, судороги, одышка, боли в животе, кровотечение из родовых путей, сердцебиение плода;</li> <li>– обеспечить венозный доступ;</li> <li>– ввести магния сульфат 25% 20 мл в/в медленно (за 10 мин.) через инфузомат со скоростью 2 г/час. (22 капли/час) на растворе NaCl 09% (или другого кристаллоида);</li> <li>– при АД выше 140/90 мм рт. ст. гипотензивная терапия: метилдофа, нифедипин;</li> <li>– при судорогах обеспечить проходимость дыхательных путей;</li> <li>– при судорогах или судорожной готовности диазепам 10 мг в/в однократно;</li> <li>– при госпитализации пациентки с ПЭ/эклампсией линейной бригадой СМП, последняя должна оповестить акушерский стационар, куда транспортируется пациентка</li> </ul>	

Задача №4 Первобеременная 22 лет поступила в палату патологии беременности с жалобами на тошноту и рвоту более 25 раз в сутки, потерю в весе (за 2 недели до 8 кг),

слабость. При осмотре: слизистые сухие, склеры иктеричны, кожа умеренно бледная, сухая. АД 90/60 мм рт. ст. Ps 100 уд./мин., слабого наполнения. В зеркалах: слизистые влажные и влажной части шейки матки синюшные, выделения слизистые. Бимануально: матка мягковатая, увеличена до 8 недель. Придатки без особенностей. Кровь: Нб – 135 г/л, лейкоциты –  $11,0 \times 10^9/\text{л}$ , билирубин общий – 35,6 мкмоль/л. В анализе мочи: белок -2,1 г/л, ацетон +++++, гиалиновые и зернистые цилиндры, клетки почечного эпителия – покрывают все поле зрения.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Назовите заболевания, с которыми необходимо дифференцировать рвоту беременных.
4. Определите свою тактику по отношению к женщине.
5. Назовите принципы лечения беременных при данной патологии.

Эталон решения ситуационной задачи

№ п/п		
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Беременность 8 недель. Чрезмерная рвота	
2.	Обоснования диагноза: Диагноз поставлен на основании: – жалоб беременной – рвота до 25 раз в сутки; – потери веса 8 кг за 2 недели; – объективных данных: сухость кожи и слизистых, иктеричность склер, гипотония, тахикардия; – лабораторных данных: билирубин общий – 35,6 мкмоль/л, в анализе мочи: протеинурия, ацетонурия, цилиндрурия, клетки почечного эпителия покрывают все поле зрения	
3.	Дифференциальная диагностика: Необходимо провести дифференциальную диагностику с пищевой токсикоинфекцией, гастритом, панкреатитом, желчно-каменной болезнью, нейроинфекцией (анамнез, УЗИ абдоминальное, консультация инфекциониста, терапевта)	
4.	Тактика по отношению к беременной. Учитывая состояние беременной, лабораторные исследования в данном случае показано прерывание беременности	
5.	Принципы лечения беременных с рвотой беременных: – нормосолевая и нормоводная диета, сбалансированная по калорийности и содержанию белков; – противорвотные и седативные средства; – инфузионная терапия; – нейролептики; – пиридоксин гидрохлорид; – антигистаминные препараты	

Тема №3: Влияние различных заболеваний на течение беременности и родов

Задача №1 Беременная 23 лет, срок беременности 32 недели обратилась на ФАП с жалобами на боли в пояснице больше слева, озноб, повышение температуры до  $39^{\circ}\text{C}$ . В общем анализе мочи лейкоцитурия. Матка при осмотре вне тонуса, положение плода

продольное, предлежит головка сердцебиение плода ясное ритмичное 140 уд./мин. Выделений из половых путей нет. Отеков нет. А/Д 120/80 мм рт. ст.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз, обоснуйте ответ.
2. Определите свою тактику по отношению к женщине.
3. Назовите принципы ведения беременных с пиелонефритом.
4. Назовите принципы лечения пиелонефрита беременных.

#### Эталон решения ситуационной задачи

№ п/п		
1	2	3
1.	Постановка диагноза и его обоснование. – Предположительный диагноз. Беременность 32 недели, острый левосторонний пиелонефрит.	

1	2	3
	Диагноз поставлен на основании: – жалоб на боли в пояснице больше слева, озноб повышение температуры до 39 <sup>0</sup> С, – результатов объективного обследования – лейкоцитурия	
2.	Тактика акушерки: – госпитализация беременной в родовое отделение ЦРБ; – контроль факта госпитализации	
3.	Принципы ведения беременных с пиелонефритом. Проведение лабораторно-инструментальных методов обследования:  – мазок на флору и степень чистоты; – посев средней порции мочи и отделяемого из влагалища на флору и определение чувствительности к антибиотикам; – клинический анализ крови; – анализ мочи по Нечипоренко и по Зимницкому; – биохимический анализ крови: общий белок, мочевины, мочевая кислота, креатинин; – контроль АД, диуреза; – УЗИ почек; – консультация врача-уролога	
4.	Принципы лечения пиелонефрита беременных: – антибактериальная терапия местного и системного применения; – противогрибковые препараты для местного применения; – средства, нормализующие микрофлору	
	–	

#### Задача № 2

Первобеременная в 16 недель беременности пришла на очередной прием в женскую консультацию, чувствует себя хорошо, все анализы, за исключением общего анализа крови, в норме. По данным УЗИ, патологических отклонений нет. Кожные

покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Пульс 78 уд./мин., матка в нормальном тонусе, безболезненная, дно ее на середине между пупком и лобком, выделения слизистые скудные. В анализе крови лейкоцитов  $7,0 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ 18 мм/час гемоглобин 102 г/л. Беременная не работает, материально хорошо обеспечена, бытовые условия хорошие. Категорически против стационарного наблюдения до родов. Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз, обоснуйте ответ.
2. Определите свою тактику по отношению к женщине.
3. Назовите принципы лечения данного состояния.
4. Назовите осложнения беременности при данном состоянии.

#### Эталон решения ситуационной задачи

№ п/п		
1.	Постановка диагноза и его обоснование. Предположительный диагноз. Беременность 16 недель. Анемия беременных I степени. Обоснование диагноза: диагноз поставлен на основании снижения уровня Hb до 102 г/л	
2.	Тактика акушерки: <ul style="list-style-type: none"> <li>– дать направление на клинический анализ крови с подсчетом ретикулоцитов и тромбоцитов;</li> <li>– дать направление на биохимический анализ крови (общий белок, сывороточное железо, билирубин);</li> <li>– направить на консультацию к врачу-терапевту с последующим динамическим наблюдением</li> </ul>	
3.	Лечение анемии беременных: <ul style="list-style-type: none"> <li>– полноценное питание, включение в рацион продуктов, богатых железом, белком витаминами (мясные продукты, фрукты, овощи, молочные продукты и т.д.);</li> <li>– препараты, содержащие железо;</li> <li>– лечение сопутствующих заболеваний</li> </ul>	
4.	Возможные осложнения беременности: <ul style="list-style-type: none"> <li>– угроза прерывания беременности;</li> <li>– слабость родовой деятельности;</li> <li>– гнойно-септические заболевания в послеродовом периоде;</li> <li>– гипогалактия;</li> <li>– кровотечение в раннем послеродовом периоде;</li> <li>– внутриутробная гипотрофия плода;</li> <li>– внутриутробная гипоксия плода, асфиксия новорожденного.</li> </ul>	
	–	

Задача №3 Первобеременная 32 лет, по профессии преподаватель литературы педагогического колледжа обратилась в женскую консультацию с подозрением на беременность. Жалобы на задержку месячных в течение 3-х месяцев. До этого месячные с 13 лет регулярные через 28 по 5 дней. Половая жизнь в течение 4-х месяцев в браке. Отмечает повышенную сонливость и тошноту. При опросе выявлено, что женщина страдает гипертонической болезнью III степени в течение 5 лет, состоит на учете у терапевта. При осмотре: правильного телосложения, умеренного питания, кожные покровы чистые. АД 180/100 мм рт. ст. Пульс 89 уд./мин. Осмотр в зеркалах: влагалище

нерожавшей, слизистая влагалища и шейки матки цианотичны. Бимануально: матка увеличена до 8 недель беременности, мягковата, безболезненна

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите свою тактику по отношению к женщине.
4. Назовите принципы ведения беременных с гипертонической болезнью.
5. Назовите осложнения беременности у больных с гипертонической болезнью.

Эталон решения ситуационной задачи

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Беременность 8 недель. Гипертоническая болезнь III степени.	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: – выявленных при гинекологическом исследовании сомнительных и вероятных признаков беременности; – данных анамнеза: женщина страдает гипертонической болезнью в течение 5 лет, состоит на учете у терапевта; – результатов обследования: АД 180/100 мм рт. ст.	
3.	Тактика по отношению к женщине: – базовый спектр обследования беременной; – консультация врача-кардиолога; – госпитализация в терапевтический стационар с целью уточнения диагноза и решения вопроса о возможности вынашивания беременности	
4.	Принципы ведения беременных гипертонической болезнью: Проводятся плановые госпитализации беременной: 1. до 10 недель беременности с целью уточнения диагноза и решения о возможности вынашивания беременности; 2. в 28-30 недель беременности с целью обследования и коррекции проводимой терапии; 3. в 38 недель для подготовки к родоразрешению, выбора тактики и способа родоразрешения; 4. при ухудшении состояния, появлении признаков декомпенсации, осложнении течения беременности в любом сроке	
5.	Осложнения беременности у больных с гипертонической болезнью: – развитие сердечной недостаточности; – развитие преэклампсии; – развитие внутриутробной гипоксии, асфиксии, гипотрофия плода; – преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	

Задача №4

К акушерке ФАП 5 мая обратилась пациентка 24 лет с жалобами на задержку месячных, тошноту, рвоту по утрам.

Половая жизнь с 22 лет в браке. Менструальная функция без особенностей. Последняя менструация с 15 по 19 марта. Данная беременность вторая. Первая

беременность закончилась самопроизвольным выкидышем в 9 недель. Состоит на учете у эндокринолога по поводу сахарного диабета.

Объективно: рост 160 см, вес 65 кг. АД 120/60; 110/50 мм рт. ст., Ps 78 уд./мин., ритмичный. Кожные покровы обычной окраски.

Осмотр в зеркалах: шейка матки и слизистая влагалища цианотичны. Влагалище нерожавшей. Бимануально: матка соответствует 7-8 неделям беременности, мягковатой консистенции, безболезненная. Выделения скудные, слизистого характера

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите свою тактику по отношению к женщине.
4. Назовите принципы ведения беременных с сахарным диабетом.
5. Назовите возможные осложнения беременности и родов при сахарном диабете.

Эталон решения ситуационной задачи

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз: Беременность 7-8 недель. Сахарный диабет.	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: – наличия сомнительных признаков беременности: тошнота, рвота по утрам; – наличия вероятных признаков беременности: задержка менструации, цианоз слизистой влагалища и шейки матки, увеличение матки до 7-8 недель беременности, мягковатая консистенция матки; – данных анамнеза, указывающих на наличие сахарного диабета	

1	2	3
3.	Тактика акушерки: – оценить общее состояние беременной; – направить на консультацию к врачу акушеру-гинекологу ЦРБ	
4.	Принципы ведения беременных с сахарным диабетом: – базовый спектр обследования беременной; – диета (стол №9); – медикаментозное лечение под контролем врача-эндокринолога и врача-терапевта; – первая госпитализация до 10-11 недель – для решения вопроса о целесообразности пролонгирования беременности, уточнения диагноза, подбора терапии; – вторая госпитализация в сроке 21-24 недели для компенсации углеводного обмена; – третья госпитализация в сроке 32-33 недели для дальнейшего мониторинга течения беременности и сахарного диабета; – четвертая госпитализация в 36-37 недель для решения вопроса о способе родоразрешения;	



	– в любом сроке – при декомпенсации сахарного диабета и ухудшении состояния плода	
5.	<p>Возможные осложнения беременности и родов при сахарном диабете:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– угроза прерывания беременности;</li> <li>– гипертензивные расстройства;</li> <li>– многоводие;</li> <li>– гипоксия плода;</li> <li>– макросомия;</li> <li>– урогенитальная инфекция;</li> <li>– преждевременное излитие вод;</li> <li>– слабость родовой деятельности;</li> <li>– клинически узкий таз;</li> <li>– дистоция плечиков;</li> <li>– родовой травматизм матери и плода;</li> <li>– послеродовый эндометрит;</li> <li>– врожденные аномалии развития;</li> <li>– перинатальная смертность</li> </ul>	

Тема №5: Оказание помощи при невынашивании и перенашивании беременности  
Задача №1

На диспансерном учете в женской консультации состоит беременная 26 лет. Жалоб не предъявляет. В анамнезе один медицинский аборт и два самопроизвольных выкидыша в сроки 20-21 неделя беременности. При влагалищном исследовании, проведенном в сроке беременности 15 недель, отмечено: шейка матки укорочена до 1,5 см, размягчена, канал шейки матки свободно пропускает один палец.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите свою тактику по отношению к женщине.

#### Эталон решения ситуационной задачи

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	<p>Постановка диагноза.</p> <p>Предположительный диагноз. Беременность 17 недель. Угроза прерывания беременности. Привычное невынашивание. Истмико-цервикальная недостаточность. Отягощенный акушерский анамнез</p>	
2.	<p>Обоснование диагноза.</p> <p>Диагноз поставлен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– указанного срока беременности;</li> <li>– наличия в анамнезе двух самопроизвольных выкидышей, что свидетельствует о привычном невынашивании беременности;</li> <li>– данных влагалищного исследования: шейка матки укорочена до 1,5 см, размягчена, канал шейки матки свободно пропускает один палец</li> </ul>	

3.	Тактика акушерки. Учитывая необходимость коррекции истмико-цервикальной недостаточности необходимо госпитализировать беременную в родовое отделение родильного дома	
4.	–	
5.		

Задача № 2 Беременная с 24-недельным сроком беременности пришла на прием к акушерке ФАП. Предъявляет жалобы на тянущие боли внизу живота. Состояние беременной удовлетворительное. Матка при осмотре безболезненная, при пальпации приходит в тонус. Сердцебиение плода ясное, ритмичное. Кровянистых выделений из половых путей нет. При ультразвуковом исследовании выявлено: плод в головном предлежании, размеры его соответствуют 24-недельному сроку беременности. Головка плода расположена очень низко. Плацента расположена на задней стенке матки. Околоплодных вод умеренное количество. Отмечается участок сокращенного миометрия передней стенки матки.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите свою тактику по отношению к женщине.
4. Назовите классификацию самопроизвольных аборт.
5. Назовите причины возникновения данной патологии.

Эталон решения ситуационной задачи

№ п/п		
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Угрожающий самопроизвольный поздний выкидыш при сроке 24 недель беременности	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: – наличия жалоб на тянущие боли внизу живота; – реакции матки на пальпацию сокращением; – данных ультразвукового исследования: наличие участка сокращенного миометрия передней стенки матки	
3.	Тактика акушерки. Необходимо направить беременную в родовое отделение родильного дома для дополнительного обследования и лечения	
4.	Классификация самопроизвольных аборт: – угрожающий самопроизвольный аборт; – начавшийся самопроизвольный аборт; – аборт в ходу; – неполный аборт; – полный аборт	
5.	Причины невынашивания беременности: – генетические причины – хромосомные аномалии; – анатомические причины: аномалии развития матки, миома матки, истмико-цервикальная недостаточность, внутриматочные синехии; – эндокринные причины: дисфункция яичников, щитовидной железы, сахарный диабет; – иммунологические причины (сенсibilизация к	

	хорионическому гонадотропину); – инфекционные причины: ОРЗ, тонзиллит, пиелонефрит, воспалительные процессы гениталий	
--	--	--

### Задача №3

Акушеркой ФАП вызвана на прием беременная А., 24 лет. По обменной карте предполагаемый срок родов был 2 недели назад. Отмечает плохое шевеление плода в течение 2-х дней, тянущие боли в пояснице. Беременность первая, протекала с явлениями угрозы во II триместре беременности. Была на стационарном лечении в сроке беременности 20-22 недели. Менструальные с 15 лет, регулярные, по 2 дня через 35 дней. Соматически здорова. Гинекологические заболевания отрицает. Объективно: рост 170 см, вес 82 кг. АД 120/80, 115/80 мм рт. ст., Ps 72 уд./мин., ритмичный. Кожные покровы обычной окраски. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. ОЖ 90 см, ВСДМ 34 см. Положение плода продольное, головка прижата к входу в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, частота 120 уд./мин., ритмичное. Воды целы. Физиологические отправления в норме.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите свою тактику по отношению к женщине.

### Эталон решения ситуационной задачи

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Беременность 42 недели. Переношенная беременность. Внутриутробная гипоксия плода	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: – данных анамнеза – с рок родов был 2 недели назад, пациентка отмечает плохое шевеление плода в течение 2-х дней; – объективных данных: урежение сердечного ритма и глухость сердечных тонов свидетельствует о внутриутробной гипоксии плода	
3.	Тактика акушерки: – направить беременную в родильный дом для решения вопроса о способе родоразрешения; – объяснить важность госпитализации, проконтролировать госпитализацию	
	–	

### Тема №6: Акушерские кровотечения

#### Задача №1

Беременная К., 40 лет, доставлена в перинатальный центр из района в тяжелом состоянии с начавшейся родовой деятельностью в течение 2 часов с доношенной беременностью. Беременность седьмая. Было 4 родов и 2 самопроизвольных выкидыша. Во время данной беременности отмечались отеки нижних конечностей. Через час от начала родовой деятельности появились постоянные боли в животе и кровотечение из половых путей. Со

слов беременной количество потерянной крови составило примерно 250 мл. Одновременно появилась общая слабость, одышка. Объективно: Кожа и видимые слизистые бледные, холодный пот. Пульс 110 уд./мин. слабого наполнения. Артериальное давление 90/60 и 95/60 мм рт. ст. Температура тела 36,3<sup>0</sup>С. Тоны сердца приглушенные, чистые. Язык влажный. Живот вздут, брюшная стенка напряжена, болезненна. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Матка плотной консистенции, напряжена, части плода ясно не определяются. Над входом в таз с трудом пальпируется головка. Сердцебиение плода не выслушивается. Из родовых путей небольшое кровотечение. В моче определяется белок.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику родоразрешения пациентки.

#### Эталон решения ситуационной задачи

№ п/п		
1.	Предположительный диагноз. Начало первого периода 5 срочных родов. Осложнённый акушерский анамнез. Отеки, вызванные беременностью, длительное течение. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Кровотечение. Постгеморрагическая анемия. Шок. Внутриутробная гибель плода.	
2.	Обоснование: <ul style="list-style-type: none"> <li>– анемия (кожа и видимые слизистые бледные, холодный пот, пульс 110 уд/мин., слабого наполнения. АД 90/60 и 95/60 мм рт. ст.),</li> <li>– напряжение матки, не позволяющее пальпировать части плода,</li> <li>– нарушение гемодинамики,</li> <li>– много рожавшая пациентка,</li> <li>– 2 медицинских аборта в анамнезе,</li> <li>– отеки, вызванные беременностью,</li> <li>– симптом Щеткина-Блюмберга положительный,</li> <li>– постоянные боли в животе</li> </ul>	
3.	Тактика родоразрешения пациентки: <ul style="list-style-type: none"> <li>– экстренное родоразрешение путем операции кесарево сечение,</li> <li>– надшеечная ампутации матки без придатков,</li> <li>– гемотрансфузия и плазмотрансфузия</li> </ul>	

Задача №2 Акушерка родильного отделения оказала акушерское пособие повторнородящей женщине 27 лет. Роды 2-е срочные. После рождения ребенка послед выделился самостоятельно через 5 мин. с явным дефектом, кровопотеря 150 мл. В анамнезе 2 искусственных аборта, после последнего были выявлены остатки плодного яйца, проводилось повторное выскабливание. Настоящая беременность протекала с угрозой прерывания и стационарным лечением при сроке 8 и 20 недель. Роды продолжались 7 часов. Масса плода 3500 г. Лекарственные средства в родах не вводились. Вопросы:

1. Выделите проблемы и их причины.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Выберите акушерскую тактику.
4. Перечислите причины задержки части доли плаценты.

Эталон решения ситуационной задачи

№ п/п		
1.	Проблемы женщины и их причины: Дефект плаценты. Доля плаценты задержалась в матке, вероятнее всего, в связи с патологией матки, которая возникла из-за осложненных аборт и выкидышей	
2.	Предположительный диагноз: Роды 2 срочные, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Задержка части доли последа	
3.	Акушерская тактика: <ul style="list-style-type: none"> <li>– операция ручного обследования полости матки, удаление задержавшейся доли в асептических условиях под наркозом (операцию делает врач, в его отсутствие – акушерка).</li> <li>– контроль температуры, пульса, АД, кровопотери, кожных покровов, матки,</li> <li>– назначение антибиотиков и сокращающих матку средств,</li> <li>– выписка родильницы после контроля УЗИ</li> </ul>	
4.	Причины задержки части доли плаценты: <ul style="list-style-type: none"> <li>– аномалии строения и прикрепления плаценты,</li> <li>– неравномерное сокращение матки,</li> <li>– низкое прикрепление или прикрепление плаценты в трубном углу,</li> <li>– нерациональное ведение родов, особенно последового периода,</li> <li>– ненужные манипуляции (массирование матки, надавливание на ее дно, потягивание за пуповину),</li> <li>– необоснованное применение некоторых лекарств</li> </ul>	

Задача №3

В родильное отделение поступила повторнородящая с отягощенным акушерским анамнезом, в активной фазе первого периода родов, с доношенным сроком беременности. В акушерском анамнезе 1 срочные роды, без осложнений, массой тела плода 3500 г, ростом 53 см и 2 медицинских аборт, без осложнений. Через 2 часа от момента поступления самостоятельно родоразрешилась живой доношенной девочкой массой тела 3700,0 г, ростом 55 см. Моча выведена катетером в количестве 50 мл, светлая. Через 10 мин. после рождения плода появилась кровянистые выделения из половых путей. Признаки отделения плаценты отсутствуют. Кровопотеря составила 250 мл. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Кожные покровы обычной окраски. Пульс 80 уд./мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 120/80 мм рт. ст. Кровотечение продолжается.

Вопросы:

1. Поставьте предполагаемый диагноз
2. Обоснуйте ответ.
3. Назовите причины, вызвавшие данную патологию.
4. Определите тактику акушерки по отношению к данной роженице

Эталон решения ситуационной задачи

№ п/п		
1.	Предположительный диагноз: 3 период вторых срочных родов. Частичное плотное прикрепление плаценты. Кровотечение	
2.	Обоснование диагноза: наличие симптомов кровотечения в 3 периоде родов, при отсутствии признаков отделения плаценты.	
3.	Основная причина частичного плотного прикрепления плаценты – наличие в анамнезе двух медицинских абортов	
4.	Тактика акушерки по отношению к данной роженице: <ul style="list-style-type: none"> <li>– вызвать через посредника врача акушера, анестезиолога и лаборанта,</li> <li>– успокоить роженицу,</li> <li>– контролировать общее состояние и кровопотерю,</li> <li>– подготовить роженицу к операции «Ручное отделение плаценты и выделение последа» (при отсутствии врача выполнить самостоятельно),</li> <li>– восполнить ОЦК</li> </ul>	
5.	)	

Задача № 4

Беременная К., 40 лет, доставлена в перинатальный центр из района в тяжелом состоянии с начавшейся родовой деятельностью в течение 2 часов с доношенной беременностью. Беременность седьмая. Было 4 родов и 2 самопроизвольных выкидыша. Во время данной беременности отмечались отёки нижних конечностей. Через час от начала родовой деятельности появились постоянные боли в животе и кровотечение из половых путей. Со слов беременной количество потерянной крови составило примерно 250 мл. Одновременно появилась общая слабость, одышка.

Объективно: Кожа и видимые слизистые бледные, холодный пот. Пульс 110 уд./мин. слабого наполнения. Артериальное давление 90/60 и 95/60 мм рт. ст. Температура тела 36,3°C. Тоны сердца приглушенные, чистые. Язык влажный. Живот вздут, брюшная стенка напряжена, болезненна. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Матка плотной консистенции, напряжена, части плода ясно не определяются. Над входом в таз с трудом пальпируется головка. Сердцебиение плода не выслушивается. Из родовых путей небольшое кровотечение. В моче определяется белок.

Вопросы:

- 1 Поставьте предположительный диагноз.
- 2 Обоснуйте ответ.
- 3 Определите тактику родоразрешения пациентки.
- 4 Объясните причину наступления внутриутробной гибели плода.

Эталон решения ситуационной задачи

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Предположительный диагноз. Начало первого периода 5 срочных родов. Осложнённый акушерский анамнез. Отёки, вызванные беременностью, длительное течение. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Кровотечение. Постгеморрагическая анемия. Шок. Внутриутробная гибель плода.	

2.	Обоснование: <ul style="list-style-type: none"> <li>– анемия (кожа и видимые слизистые бледные, холодный пот, пульс 110 уд/мин., слабого наполнения. АД 90/60 и 95/60 мм рт. ст.),</li> <li>– напряжение матки, не позволяющее пальпировать части плода,</li> <li>– нарушение гемодинамики,</li> <li>– много рожавшая пациентка,</li> <li>– 2 медицинских аборта в анамнезе,</li> <li>– отёки, вызванные беременностью,</li> <li>– симптом Щеткина-Блюмберга положительный,</li> <li>– постоянные боли в животе</li> </ul>	
3.	Тактика родоразрешения пациентки: <ul style="list-style-type: none"> <li>– экстренное родоразрешение путем операции кесарево сечение,</li> <li>– надшеечная ампутации матки без придатков,</li> <li>– гемотрансфузия и плазмотрансфузия</li> </ul>	
4.	Причины наступления внутриутробной гибели плода. Внутриутробная гибель плода наступила от асфиксии в результате нарушения маточно-плацентарного кровообращения. При отслойке больше 1/3 материнской поверхности плаценты приводит к тяжелой асфиксии. Отслойка всей плаценты приводит к быстрой гибели плода	

#### Задача №5

Беременная В., 28 лет, обратилась к акушерке ФАП с жалобами на кровянистые мажущие выделения из половых путей в течение часа. Срок беременности 34 недели. Беременность 3-я: I беременность закончилась нормальными родами 4 года назад. II беременность закончилась медицинским абортом в сроке беременности 9-10 недель. Данная беременность протекала с явлениями угрозы прерывания в I половине. Неделю назад после физической нагрузки появились мажущие кровянистые выделения. Соматически здорова. Менструальная функция без особенностей. Брак 1-й. Гинекологические заболевания: эндометрит после медицинского аборта. Объективно: рост 165 см, вес 75 кг. Со стороны внутренних органов патологии нет. АД 110/70, 110/75 мм рт. ст., Ps 80 уд./мин., ритмичный. Кожные покровы бледные. Видимых отеков нет. ОЖ 90 см, ВДМ 36 см. Тонус матки обычный. Положение плода продольное, предлежит головка высоко над входом в малый таз, сердцебиение плода ясное, 140 уд./мин., ритмичное. Из половых путей незначительные кровянистые выделения.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите свою тактику по отношению к женщине.
4. Расскажите о причинах данной патологии.
5. Перечислите осложнения, которые могут возникнуть при данной патологии.

Эталон решения ситуационной задачи

№ п/п		
I	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Беременность 34 недели.	

	Предлежание плаценты. Отягощенный акушерский анамнез	
2.	<p>Обоснование диагноза.</p> <p>Диагноз поставлен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– наличие беременности подтверждается достоверными признаками беременности;</li> <li>– акушерский анамнез отягощен перенесенным медицинским абортom, осложненным эндометритом.</li> </ul> <p>О предлежании плаценты, осложнившимся кровотечением, говорят;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– повторяющиеся кровянистые выделения из половых путей;</li> <li>– бледные кожные покровы;</li> <li>– понижение АД;</li> <li>– высокое расположение предлежащей головки;</li> <li>– кровянистые выделения из половых путей при нормальном тоне матки</li> </ul>	
3.	<p>Тактика акушерки:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– госпитализация беременной в родильный дом;</li> <li>– учитывая риск усиления кровотечения необходимо госпитализировать беременную в родильный дом в сопровождении медицинского работника;</li> <li>– при усилении кровянистых выделений, войти в периферическую вену, проводить инфузию физиологического раствора;</li> <li>– предупредить стационар о госпитализации женщины с предлежанием плаценты</li> </ul>	
4.	<p>Причины предлежания плаценты:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– хроническое воспаление эндометрия;</li> <li>– рубцовые изменения после абортов, операций на матке (кесарево сечение, консервативная миомэктомия, перфорация матки);</li> <li>– миома матки;</li> <li>– аномалии развития матки;</li> <li>– инфантилизм;</li> <li>– многократные роды;</li> <li>– инфекционные осложнения в послеоперационном периоде</li> </ul>	
5.	<p>Осложнения предлежания плаценты:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– рождение недоношенного ребенка;</li> <li>– внутриутробная асфиксия плода;</li> <li>– развитие острой анемии;</li> <li>– развитие геморрагического шока, ДВС-синдрома;</li> <li>– послеродовые инфекционные заболевания;</li> <li>– эмболия околоплодными водами.</li> </ul>	

#### Тема №7: Оказание помощи при тазовых предлежаниях

##### Задача №1

К акушерке ФАП на очередной прием пришла беременная 30 лет. Срок беременности 37 – 38 недели. Первые роды 5 лет назад в тазовом предлежании. Ребенок, со слов пациентки, родился в асфиксии, но был оживлен. Настоящая беременность протекает без осложнений. Размеры таза 26, 29, 33. 21. АД 120/80, 110/75 мм рт. ст. Прибавка массы тела за 10 дней +500 г, отеков нет. Тонус матки обычный. Над входом в



малый таз пальпируется широкая, мягкая часть плода, в дне матки – округлая, баллотирующая часть. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева выше пупка, 138 уд./мин. Окружность живота 90 см, ВДМ 32 см. Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите свою тактику по отношению к женщине.
4. Назовите принципы ведения беременных с тазовым предлежанием.
5. Назовите классификацию тазовых предлежаний.

Эталон решения ситуационной задачи

№ п/п		
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Беременность 37 – 38 недель. Тазовое предлежание плода	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании данных наружного акушерского исследования: – над входом в малый находится широкая, мягкая часть – тазовый конец; – в дне матки баллотирующая округлая часть – головка ; – сердцебиение плода выслушивается со стороны позиции выше пупка, что характерно для тазовых предлежаний	
3.	Тактика акушерки. Учитывая отягощенный акушерский анамнез и потенциальные осложнения в родах с тазовым предлежанием, надо убедить беременную в необходимости немедленной госпитализации в родовое отделение родильного дома	
4.	Принципы ведения беременных с тазовым предлежанием. Все беременные с тазовым предлежанием должны быть госпитализированы в родовое отделение за 7 – 10 дней до предполагаемого срока родов. За это время проводят ультразвуковую диагностику и тестовое определение состояния плода и готовности матки к родам.	
5.	Классификация тазовых предлежаний: – чисто ягодичное; – смешанное ягодичное; – ножные предлежания: а) полное в) неполное	

Задача №2

Повторнородящая женщина, 28 лет, у которой в анамнезе 1 срочные роды и 1 аборт без осложнений, при сроке 38 недель поступает в родильный дом. Акушерка осматривает роженицу в приёмном отделении. Жалобы на регулярные схватки в течение 5 часов, воды отошли только что. Состояние роженицы удовлетворительное. Пульс и АД в норме. Схватки через 3-4 минуты по 30-35 секунд. Положение плода продольное. В дне матки первым приёмом Леопольда-Левитского определяется головка плода. Ягодицы прижаты к входу в малый таз. Сердцебиение плода 140 ударов в минуту, хорошо прослушивается, ритмичное. Женщина чувствует давление на прямую кишку и волнуется за себя и ребенка, просит объяснить, кто будет принимать роды. Влагалищное исследование: во влагалище определяется стопа плода при полном открытии шейки матки

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте ответ.
2. Составьте план доврачебных действий.
3. Составьте план родоразрешения пациентки.

Эталон решения ситуационной задачи

№ п/п		
1.	Предположительный диагноз: Роды 2 срочные. Конец первого периода. Неполное ножное предлежание плода. Осложнённый акушерский анамнез. Обоснование: – в дне матки определяется головка плода, – ягодицы прижаты к входу в малый таз, – во влагалище определяется стопа плода, – в анамнезе один медицинский аборт	
2.	План доврачебных действий: – успокоить роженицу в благополучном исходе родов, – объяснить, что роды будет принимать врач, – уложить пациентку в горизонтальное положение с возвышенным тазовым концом во избежание выпадения ножки и пуповины	
3.	План родоразрешения пациентки: – роды вести через естественные родовые пути с иглой вене, – оказать пособие по Цовьянову II, – провести профилактику кровотечения	
	–	

Тема №8: Оказание помощи при многоплодной беременности

Задача №1 На очередной прием к акушерке ФАП пришла первобеременная 26 лет. Срок беременности 37 – 38 недель. Соматический и гинекологический анамнез не отягощен. Обследование согласно стандарту. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. АД 110/70 мм рт. ст. ОЖ 110 см. ВДМ 42 см. Положение плода продольное. Предлежит головка. В дне матки пальпируется головка второго плода. Выслушивается два независимых сердцебиения, тоны ясные, ритмичные. Отеков нет.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Определите свою тактику по отношению к женщине.
4. Назовите особенности ведения беременных при данных состояниях.
5. Назовите осложнения беременности при данной патологии.

Эталон решения ситуационной задачи

№ п/п		
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Беременность 36 – 37 недель. Двойня	
2.	Обоснование диагноза: Диагноз поставлен на основании: – при наружном акушерском исследовании пальпируются	

	головки двух плодов; – выслушивается два независимых сердцебиения; – размеры матки больше по сравнению с предполагаемым сроком беременности	
3.	Тактика акушерки: – оценка состояния беременной и плода; – госпитализация в родоразрешительное отделение ЦРБ с целью подготовки к родам и определения способа родоразрешения	
4.	Особенности ведения беременных при многоплодной беременности (двойне): – базовый спектр обследования беременной; – скрининговое УЗИ в 16 – 18 недель для исключения синдрома фето-фетальной трансфузии плода и истмико-цервикальной недостаточности; – госпитализация за 2 недели до предполагаемого срока родов	
5.	Возможные осложнения беременности: – невынашивание; – анемия; – гипертензионные расстройства; – преждевременное излитие вод; – задержка развития плода; – врожденные аномалии; – преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты; – неправильное положение плода; – трансфузионный синдром близнецов	

#### Задача №2

В родильное отделение ЦРБ поступила повторнородящая В., 30 лет, с доношенной беременностью, регулярной родовой деятельностью. Беременность многоплодная, протекала без осложнений. Соматически здорова. Брак первый. Гинекологические заболевания отрицает. Размеры таза 25-28-30-20 см. Через 6 часов от момента поступления в родильное отделение произошли роды - родился 1 плод в переднем виде головного предлежания, женского пола с оценкой по шкале Апгар 8 баллов, массой 2500 г. После рождения первого плода при наружном акушерском обследовании обнаружено: головка 2 плода определяется слева, тазовый конец справа. Сердцебиение плода – слева на уровне пупка ясное, ритмичное 140 уд./мин. Вопросы:

1. Выявите проблемы роженицы.
2. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте ответ
3. Определите дальнейшую тактику ведения второго периода родов в данной ситуации.

#### Эталон решения ситуационной задачи

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Проблемы роженицы. Действительные проблемы: – беспокойство за исход родов Потенциальные проблемы – риск развития внутриутробной гипоксии II плода и асфиксии	

	<p>новорожденного,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– риск развития преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты,</li> <li>– риск повышенного травматизма матери и плода (разрыв матки и т.д.),</li> <li>– риск кровотечения в III периоде родов и в раннем послеродовом периоде</li> </ul>	
2.	<p>Предположительный диагноз: Второй период срочных родов двойней. Поперечное положение 2-го плода.</p> <p>Обоснование диагноза:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– из условий задачи следует, что у роженицы II период срочных родов двойней, произошло рождение I плода,</li> <li>– по данным наружного акушерского исследования - второй плод располагается поперечно, в I позиции, так как головка располагается слева, сердцебиение II плода выслушивается слева на уровне пупка</li> </ul>	
3.	<p>Тактика дальнейшего ведения второго периода родов в данной ситуации:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– роды ведет врач-акушер с обязательным присутствием врача-неонатолога,</li> <li>– второй период родов необходимо вести с иглой в вене для создания полной готовности к инфузионной и трансфузионной терапии,</li> <li>– учитывая подготовленность родовых путей и возможность быстрого родоразрешения, при поперечном положении второго плода необходимо произвести поворот его на ножку с последующим извлечением</li> </ul>	
4.	–	
5.		

#### Тема №9: Разгибательные головные предлежания плода

##### Задача №1

Роженица М., 29 лет, доставлена в роддом с регулярной родовой деятельностью в течение 8 часов, при сроке беременности 39-40 недель. Схватки через 4-5 мин., по 35-40 сек., средней силы, болезненные. Данная беременность 4-ая. Были одни срочные роды, вес ребёнка 3900 г и два медицинских аборта без осложнений. Женщина обеспокоена длительным течением родов. Объективно: рост 168 см, вес 78 кг, температура тела 36,6° С, Пульс 68 уд./мин., ритмичный. АД 120/70, 115/70 мм рт. ст. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, на коже живота рубцы беременности. Окружность живота 105 см, высота стояния дна матки 36 см. Размеры таза 25-28-30-20 см. Положение плода продольное, предлежит головка, плотно прижата к входу в малый таз. Спинка плода пальпируется слева, между спинкой и головкой плода определяется отчетливая выемка. Сердцебиение плода выслушивается справа, ниже пупка, 132 уд./мин., ритмичное, ясное. Влагалищное исследование: влагалище рожавшей женщины, ёмкое. Шейка матки сглажена, открытие составляет 6-7 см. Во время исследования излились светлые околоплодные воды. Головка малым сегментом во входе в малый таз. Справа спереди определяется подбородок и ротик плода. Слева сзади – лобик и надбровные дуги. Мыс крестца не достигается.

Вопросы:

1. Определите проблемы женщины.
2. Поставьте предположительный диагноз и обоснуйте ответ.

3. Определите тактику акушерки в данной ситуации.
4. Назовите степени разгибательных предлежаний плода.

Эталон решения ситуационной задачи

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	<p>Проблемы женщины.</p> <p>Действительные проблемы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– боли, вызванные регулярной родовой деятельностью,</li> <li>– беспокойство за исход родов.</li> </ul> <p>Потенциальные проблемы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– риск разрыва мягких родовых путей, шейки и тела матки,</li> <li>– риск развития гипоксии плода,</li> <li>– риск гибели плода</li> </ul>	
2.	<p>Предположительный диагноз: Роды 2-ые срочные, первый период родов, лицевое вставление плода. Крупный плод. Отягощенный акушерский анамнез.</p> <p>Обоснование:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– женщина повторнородящая, у неё регулярные схватки,</li> <li>– данные наружного исследования (отчетливая выемка между спинкой и головкой плода, сердцебиение плода выслушивается со стороны грудки плода),</li> <li>– данные влагалищного исследования (открытие маточного зева 6-7см, определяется подбородок и ротик плода, лобик и надбровные дуги плода),</li> <li>– масса плода высчитана по формуле Жордания: <math>ВДМ \times ОЖ = 105 \times 38 = 4100 \text{ г}</math></li> </ul>	
3.	<p>Тактика акушерки:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– вызвать врача-акушера,</li> <li>– успокоить женщину, убедив её в благополучном исходе родов,</li> <li>– по назначению врача начать подготовку к операции кесарева сечения</li> </ul>	
4.	<p>Степени разгибательных предлежаний плода:</p> <p>1-я степень разгибания – переднеголовное предлежание. При этом ведущей точкой является область переднего родничка, а плоскость большого сегмента головки плода проходит через прямой размер – 12 см.</p> <p>2-я степень разгибания – лобное предлежание. Ведущая точка – надбровье, плоскость большого сегмента головки плода проходит через большой косой размер – 13 см</p>	
1	2	3
	3-я степень разгибания – лицевое предлежание. Ведущей точкой является подбородок, плоскость большого сегмента головки плода проходит через вертикальный размер – 9,5 см	

Задача №2

Роженица А. 22 лет с благоприятным общим и акушерским анамнезом поступила в родильный дом с хорошей родовой деятельностью, в течение 5 часов и безводным

периодом в течение 1 часа. Роды первые срочные. Положение плода продольное. Головка плода прижата к входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 142 уд./мин., слева ниже пупка. Размеры таза – 25-28-32-20 см. Предполагаемая масса плода – 4200 г. Признак Вастена вровень. Размеры Цангемейстера – 19 и 19 см.

При влагалищном осмотре обнаружено: шейка матки сглажена, открытие маточного зева составляет 8 см. Плодного пузыря нет. Слева и спереди определяется угол большого родничка, справа и сзади – переносица и корень носа, в центре – лоб. Лобный шов в правом косом размере. Мыс крестца не достигается.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз и обоснуйте ответ.
2. Определите тактику родоразрешения пациентки
3. Дайте определение признаку Вастена.

#### Эталон решения ситуационной задачи

№ п/п		
1	2	3
1.	Предположительный диагноз: Роды первые срочные. Конец первого периода родов. Лобное предлежание плода. I позиция, передний вид. Крупный плод. Клинически узкий таз Обоснование: – признак Вастена вровень. Размеры Цангемейстера – 19 и 19 см., – предполагаемая масса плода – 4200 г, – открытие маточного зева 8 см, – при влагалищном исследовании слева и спереди определяется угол большого родничка, справа и сзади – переносица и корень носа, в центре – лоб. Лобный шов в правом косом размере	
2.	Тактика родоразрешения пациентки: роды следует закончить операцией кесарева сечения	
3.	Определение признака Вастена. Признак Вастена – признак соответствия объема головки плода размерам малого таза роженицы. Основан на определении рукой степень высоты стояния «нависающей» над лоном головки после отхождения околоплодных вод, при интенсивной родовой деятельности и раскрытии шейки матки на 5 см и более.	
1	2	3
4.	–	
5.	–	

#### Тема №10: Оказание помощи при аномалии родовой деятельности

Задача №1 В родильное отделение ЦРБ в 21 час 1 января поступила роженица 19 лет с активной родовой деятельностью, которая началась 2,5 часа назад. Беременность первая. Менструальная функция без особенностей. Беременность доношенная. Размеры таза 26-29-32-20 см. ОЖ – 94 см, ВСДМ – 34 см, положение плода продольное, головное предлежание. Схватки 5-6 за 10 мин. по 50 – 60 сек., очень болезненные. Сердцебиение плода 150 уд./мин., приглушенное, ритмичное. Воды отошли 30 минут назад. При влагалищном исследовании: влагалище узкое, шейка матки сглажена, края мягкие. Открытие маточного зева – 8-9 см. Плодного пузыря нет. Предлежит головка, малым

сегментом во входе в малый таз. Малый родничок слева спереди. Таз емкий, мыс недостижим.

Вопросы:

1. Назовите патологию родового процесса.
2. Перечислите возможные осложнения в данной ситуации.
3. Определите тактику акушерки по отношению к данной роженице

Эталон решения ситуационной задачи

№ п/п		
1	2	3
1.	Патология родового процесса: наличие сильных, болезненных, частых схваток, которые начались всего 2,5 часа назад, и за это время у первородящей произошло сглаживание шейки матки и открытие на 8 – 9 см, свидетельствует о чрезмерно сильной родовой деятельности (патология относится к аномалии сократительной деятельности матки)	
2.	Возможные осложнения в данной ситуации: <ul style="list-style-type: none"> <li>– преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты,</li> <li>– эмболия околоплодными водами,</li> <li>– кровотечение в последовом и раннем послеродовом периодах,</li> <li>– родовой травматизм у матери,</li> <li>– развитие острой внутриутробной гипоксии плода</li> </ul>	
3.	Тактика акушерки по отношению к данной роженице: <ul style="list-style-type: none"> <li>– вызвать врача-акушера,</li> <li>– до его прибытия: успокоить роженицу,</li> <li>– провести профилактику внутриутробной гипоксии плода,</li> <li>– ослабить родовую деятельность путем дачи масочного закисно-кислородного наркоза,</li> <li>– ввести в/в спазмолитики и токолитики,</li> <li>– создать положение роженицы на боку, противоположном позиции плода</li> </ul>	
	–	
	–	

Задача №2 Роженица В., 21 года, поступила в родильное отделение ЦРБ с доношенной беременностью и схватками, продолжающимися 6 часов. Анамнез: соматически здорова, менструальная функция не нарушена. Гинекологические заболевания – воспаление придатков матки. Беременность 2-ая, предыдущая закончилась родами, осложнившимися слабостью сократительной деятельности матки. Родился мальчик массой 3800 г. Ребёнок жив.Объективно: женщина обеспокоена за исход родов. Кожные покровы обычной окраски. Пульс 76 уд./мин., ритмичный. АД-110/70, 115/70 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. ОЖ – 108 см, ВДМ – 35 см. Размеры таза 26-28-31-20 см. Положение плода продольное, предлежание головное, Сердцебиение плода ритмичное, 140 уд./мин. Схватки 1-2 за 10 минут по 15-20 секунд слабые, но болезненные. Влагалищное исследование: влагалище ёмкое, шейка сглажена, расположена по проводной оси таза, края умеренно плотные, открыты на 3 см. Плодный пузырь цел,

вялый, плохо наливается в схватку. Головка прижата к входу в малый таз. Крестцовый мыс не достигается.

Вопросы:

1. Выявите проблемы женщины.
2. Определите предположительный диагноз, обоснуйте ответ..
3. Определите тактику акушерки в данной ситуации.

Эталон решения ситуационной задачи

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	<p>Проблемы женщины.</p> <p>Действительные проблемы женщины:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– слабые схватки, обусловленные нарушением сократительной способности матки,</li> <li>– беспокойство за исход родов,</li> </ul> <p>Потенциальные проблемы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– риск развития затяжных родов;</li> <li>– риск инфицирования, гипоксии плода и кровотечения</li> </ul>	

1	2	3
2.	<p>Предположительный диагноз: Роды 2-ые срочные в головном предлежании. Первый период родов. Первичная слабость родовых сил. Отягощенный гинекологический анамнез.</p> <p>Обоснование диагноза:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– из условий задачи следует, что у женщины 2-ые роды,</li> <li>– имеются регулярные схватки, но слабые, редкие и короткие,</li> <li>– динамика раскрытия маточного зева не соответствует нормальной скорости раскрытия шейки матки в первом периоде родов,</li> <li>– имеется функционально неполноценный плодный пузырь,</li> <li>– в анамнезе хронический аднексит</li> </ul>	
3.	<p>Тактика акушерки в данной ситуации:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– вызвать врача акушера,</li> <li>– уложить женщину на бок, соответствующий позиции плода,</li> <li>– выполнять назначения врача</li> </ul>	
	–	
	–	

Задача № 3 Роженица Н., 29 лет, переведена в клинику из районного родильного дома по поводу затянувшихся (до 23 часов) срочных родов. Воды излились 2 часа назад при почти полном раскрытии маточного зева, после чего сразу начались слабые, непродолжительные, малопродуктивные потуги. Продвижение головы замедлилось, потуги стали еще слабее. Беременность вторая, роды предстоят вторые. Первая – 3 года назад закончились срочными родами, продолжавшимися, со слов роженицы, более суток, во время которых родился живой мальчик массой 3900 г. Беременность протекала без осложнений. Объективно: состояние роженицы при поступлении удовлетворительное. Рост – 162 см, масса тела – 79 кг. Отеков нет. Пульс – 78 уд./мин., ритмичный, АД 120/80; 125/80 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Размеры таза: 26-29-32-21 см. Окружность живота – 103 см, высота стояния дна матки над лобком – 36 см. Матка овоидной формы. Сердцебиение плода 140 уд./мин., ясное, ритмичное, слева ниже пупка. Предполагаемая масса плода – 3700 г. Мочеиспускание самостоятельное



прозрачной, соломенно-желтого цвета мочой. Роженица утомлена, беспокойна. Признак Вастена отрицательный. Данные влагалищного исследования: влагалище рожавшей женщины, шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное. Плодного пузыря нет. Голова плода большим сегментом стоит во входе в малый таз, стреловидный шов в поперечном размере входа слегка отклонен к мысу крестца. Немного ниже опущена передняя теменная кость, на которой определяется небольшая родовая опухоль. Емкость таза хорошая. Экзостозов нет.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Назовите клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. Составьте план дальнейшего ведения родо

Эталон решения ситуационной задачи

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Предположительный диагноз: Второй период 2 срочных родов. Крупный плод. Асинклитическое вставление головы (передний асинклитизм). Вторичная слабость родовой деятельности	
1	2	3
2.	Обоснование: <ul style="list-style-type: none"> <li>– затяжные (до 23 часов) роды у повторнородящей женщины,</li> <li>– асинклитическое вставление головы плода,</li> <li>– отсутствие продвижения головы при полном раскрытии маточного зева и своевременном излитии околоплодных вод,</li> <li>– ослабление родовых сил во втором периоде родов</li> </ul>	
3.	План дальнейшего ведения родов: начать родостимуляцию. Если в течение 2-3 часов не разовьётся хорошая родовая деятельность и не последует продвижение головки плода провести родоразрешение путём операции кесарево сечение	

Тема № 11: Особенности ведения родов при аномалиях таза

Задача №1

Женщина 30 лет обратилась в женскую консультацию в сроке беременности 7 недель. Беременность желанная. Из анамнеза выяснено, в детстве жила в Заполярье, ходить начала около двух лет, росла болезненным ребенком, перенесла рахит. Роды предстоят вторые. Первые роды, со слов женщины, были тяжелыми, ребенок родился с внутричерепной травмой. Вес его при рождении был 3200 г. Рост женщины 152 см. Небольшое искривление нижних конечностей. Ромб Михаэлиса уплощен. Размеры таза 27-26-30-17 см. Диагональная конъюгата 10 см. Индекс Соловьева 16. Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Определите свою тактику по отношению к женщине.
4. Составьте план ведения данной беременной.
5. Назовите классификацию узких тазов по степени сужения.

Эталон решения ситуационной задачи

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
-------	--------------------	--------------------------

1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Беременность 7 недель. Плоскорахитический таз. Сужение таза II степени	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: – данных анамнеза – жила в Заполярье, перенесла в детстве Рахит, рождение в прошлом с травмированного ребенка; – данных осмотра: искривление нижних конечностей, уплощенный ромб Михаэлиса; – данных измерения таза, размеры которого равны 27-26-30-17 см; – размера диагональной конъюгаты (10 см).	
3.	Тактика акушерки: – назначить базовый спектр обследования; – измерить размеры таза; – назначить консультацию врачей окулиста, стоматолога, ЛОР-врача, терапевта	
4.	План ведения беременной: – наблюдение акушера-гинеколога по общепринятой схеме; – госпитализация за 2 недели для предполагаемого срока родов для детального обследования и выработки плана ведения родов	

1	2	3
5.	Классификация узких тазов по степени сужения: – первая степень сужения – истинная конъюгата от 11 см до 9 см – вторая степень сужения – истинная конъюгата от 9 см до 7 см – третья степень сужения – истинная конъюгата менее 7 см	

#### Задача №2

Первородящая Р., 22 лет, поступила в акушерский стационар с хорошей родовой деятельностью, начавшейся 8 часов назад. Роды в срок. Наблюдалась в женской консультации регулярно, беременность протекала без осложнений. *Объективно:* женщина правильного телосложения, рост – 145 см, масса тела – 52 кг. Общее состояние удовлетворительное, отеков нет. АД 115/70-115/80 мм рт. ст., пульс удовлетворительных качеств, частота – 80 уд./мин. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Окружность живота – 98 см, высота стояния дна матки – 28 см. Размеры таза: 23-26-28-18 см. Окружность лучезапястного сустава 14,5 см. Ромб Михаэлиса вытянут сверху вниз (боковые углы тупые, верхний и нижний – острые). Положение плода продольное, предлежит голова, прижата к входу в малый таз. Признак Вастена отрицательный. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота – 140 уд./мин. Схватки хорошей силы, продолжительностью 30-35 сек. 2-3 за 10 мин. Ориентировочная масса плода по данным УЗИ – 2700 г. Данные влагалищного исследования: влагалище нерожавшей женщины, шейка матки сглажена, открытие маточного зева на 9 см. Плодного пузыря нет. Предлежащая головка плода прижата к входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок - слева спереди. Диагональная конъюгата – 11 см.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз, обоснуйте ответ.

2. Составьте прогноз и план ведения родов..
3. Дайте определение понятию «индекс Соловьёва».
4. Перечислите способы определения истинной конъюгаты.
5. Назовите степени сужения анатомически узкого таза.

Эталон решения ситуационной задачи

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	<p>Предположительный диагноз: Роды первые срочные, конец первого периода. Общеравномерносуженный таз, 1 степени сужения.</p> <p>Обоснование:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– все наружные размеры таза уменьшены по сравнению с нормальными на одинаковую величину (на 2 см),</li> <li>– правильное телосложение и низкий рост (145 см) женщины,</li> <li>– ромб Михаэлиса, вытянутый сверху вниз (боковые углы тупые, верхний и нижний угол – острые),</li> <li>– истинная конъюгата более 9см (диагональная конъюгата 11.00 см – индекс Соловьёва <math>1.45 = 9.55</math> см)</li> </ul>	
2.	<p>Прогноз родов можно считать благоприятным, учитывая:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– 1 степень сужения таза у роженицы Р.,</li> <li>– соответствие между плодом и тазом роженицы (признак Вастена отрицательный, плод некрупный, массой 2700 г),</li> <li>– достаточно активная родовая деятельность (за 8 часов родовой деятельности шейка матки сгладилась, открытие маточного зева составляет 9 см),</li> <li>– удовлетворительное состояние роженицы и плода,</li> <li>– правильное вставление головки плода.</li> </ul> <p>План ведения родов:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– роды вести через естественные родовые пути,</li> <li>– следить за состоянием роженицы и плода</li> </ul>	
3.	<p>Определение понятию «индекс Соловьёва».</p> <p>Индекс Соловьёва – это <math>1/10</math> окружности лучезапястного сустава, используется для определения истинной конъюгаты</p>	
4.	<p>Способы определения истинной конъюгаты.</p> <p>Истинная конъюгата рассчитывается:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– по диагональной конъюгате,</li> <li>– по наружной конъюгате,</li> <li>– по вертикальному размеру ромба Михаэлиса,</li> <li>– по размеру Франка,</li> <li>– с помощью рентгенопельвиометрии,</li> <li>– по данным УЗИ</li> </ul>	
5.	<p>Классификация анатомически узкого таза (по степени сужения):</p> <p>I степень – истинная конъюгата меньше от 11 см до 9 см,</p> <p>II степень – истинная конъюгата меньше 9 см и до 7 см,</p> <p>III степень – истинная конъюгата меньше 7см</p>	

Задача №3

Роженица Ф., 28 лет, повторнородящая, поступила в клинику с начавшейся родовой деятельностью. Роды в срок. Схватки начались 9 часов назад. Безводный

промежуток 10 часов. Из анамнеза: в детстве была болезненным ребенком, ходить начала с 2 лет, взрослой перенесла пневмонию и грипп. Имела две беременности: первая беременность закончилась рождением живого ребенка массой 2700 г, вторая - мертворождением ребенка массой 2900 г. Первые и вторые роды длительные. При настоящей беременности осложнений не было. Объективно: Рост – 150 см, масса тела – 54 кг. Грудь впалая, реберные чётки, нижние конечности укорочены, искривлены в виде Х. Зубы редкие с поперечными желобками. Живот большой, отвислый, кожа живота дряблая. АД 120/80-120/85 мм рт. ст., пульс-76 уд./мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. ОЖ – 104 см. ВСДМ – 38 см. Размеры таза: 26-26-31-18 см. Положение плода продольное. Предлежащая часть – головка малым сегментом во входе в малый таз. Признак Вастена – головка вровень с симфизом. Сердцебиение плода 140 уд./мин., ясное, ритмичное. Ориентировочная масса плода – 3950 г. Отеков нет. Мочится самостоятельно. Данные влагалищного исследования: влагалище свободное, раскрытие маточного зева полное. Плодного пузыря нет. Подтекают воды в небольшом количестве с примесью мекония. Головка малым сегментом во входе в малый таз. Стреловидный шов - в поперечном размере входа в малый таз ближе к мысу крестца. На передней теменной кости пальпируется большая родовая опухоль. Диагональная конъюгата – 11,5 см.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз
2. Обоснуйте ответ.
3. Составьте план ведения данных родов.
4. Назовите особенности биомеханизма родов при данной форме таза.

Эталон решения ситуационной задачи

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Предположительный диагноз: Второй период третьих срочных родов. Плоскорахитический таз. I степень сужения. Передний асинклитизм. Крупный плод. Дородовое излитие околоплодных вод. Отягощенный акушерский анамнез	
2.	Обоснование. <ul style="list-style-type: none"> <li>– размер между передневерхними остями подвздошных костей (26 см) равен размеру между гребнями этих костей,</li> <li>– уменьшен прямой размер входа в малый таз (18 см против 20 см в норме) и диагональная (11,5 см против 12,5-13 см в норме) конъюгаты,</li> <li>– сведения о перенесенном рахите (голова большая, четырехугольная, зубы редкие, с поперечными желобками, грудь впалая, реберные чётки, нижние конечности укорочены, искривлены в форме буквы Х),</li> <li>– стреловидный шов в поперечном размере входа в малый таз ближе к мысу крестца, т.е. во вход в малый таз вставляется передняя теменная кость,</li> <li>– преждевременное излитие вод установлено из данных анамнеза,</li> <li>– масса плода 3950 г,</li> <li>– отягощенный акушерский анамнез (в анамнезе мертворождение плода массой 2700.0 г)</li> </ul>	

3.	План ведения этих родов: учитывая сомнительный признак Вастена, преждевременное излитие вод, отягощенный анамнез, крупные размеры плода (3950 г), узкий таз 1 степени сужения данные роды следует закончить операцией кесарево сечение	
4.	Особенности биомеханизма родов при плоскорохитическом тазе: <ul style="list-style-type: none"> <li>– продолжительное высокое стояние головы плода стреловидным швом в поперечном размере входа в малый таз,</li> <li>– небольшое разгибание головы при вступлении ее во вход в малый таз,</li> <li>– асинклитическое вставление головы (передний асинклитизм),</li> <li>– «штурмовые» роды, завершающиеся очень быстрым изгнанием плода после длительного вставления головы во вход в малый таз</li> </ul>	

Тема №12: Особенности ведения родов при поперечных и косых положениях плода  
Задача №1

В родильное отделение ЦРБ поступила повторнородящая В., 30 лет, с доношенной беременностью, регулярной родовой деятельностью. Беременность многоплодная, протекала без осложнений. Соматически здорова. Брак первый. Гинекологические заболевания отрицает. Размеры таза 25-28-30-20 см. Через 6 часов от момента поступления в родильное отделение произошли роды - родился 1 плод в переднем виде головного предлежания, женского пола с оценкой по шкале Апгар 8 баллов, массой 2500 г. После рождения первого плода при наружном акушерском обследовании обнаружено: головка 2 плода определяется слева, тазовый конец справа. Сердцебиение плода – слева на уровне пупка ясное, ритмичное 140 уд./мин.

Вопросы:

1 Выявите проблемы роженицы.

2 Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте ответ

3 Определите дальнейшую тактику ведения второго периода родов в данной ситуации.

#### Эталон решения ситуационной задачи

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	<p>Проблемы роженицы.</p> <p>Действительные проблемы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– беспокойство за исход родов</li> </ul> <p>Потенциальные проблемы</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– риск развития внутриутробной гипоксии II плода и асфиксии новорожденного,</li> <li>– риск развития преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты,</li> <li>– риск повышенного травматизма матери и плода (разрыв матки и т.д.),</li> <li>– риск кровотечения в III периоде родов и в раннем послеродовом периоде</li> </ul>	

2.	Предположительный диагноз: Второй период срочных родов двойней. Поперечное положение 2-го плода. Обоснование диагноза: – из условий задачи следует, что у роженицы II период срочных родов двойней, произошло рождение I плода, – по данным наружного акушерского исследования - второй плод располагается поперечно, в I позиции, так как головка располагается слева, сердцебиение II плода выслушивается слева на уровне пупка	
3.	Тактика дальнейшего ведения второго периода родов в данной ситуации: – роды ведет врач-акушер с обязательным присутствием врача-неонатолога, – второй период родов необходимо вести с иглой в вене для создания полной готовности к инфузионной и трансфузионной терапии, – учитывая подготовленность родовых путей и возможность быстрого родоразрешения, при поперечном положении второго плода необходимо произвести поворот его на ножку с последующим извлечением	
4.	–	
5.		

#### Задача №2

Роженица 29 лет доставлена в родильный дом с регулярной родовой деятельностью через 12 часов после излития околоплодных вод при сроке беременности 38 – 39 недель. Роды предстоят вторые. Размеры таза 25 х 28 х 31 х 20 см. Общее состояние удовлетворительное. Схватки через 2-3 мин. по 40 сек. Положение плода поперечное: головка справа, тазовый конец слева. Сердцебиение плода не выслушивается. Влагалищное исследование: раскрытие маточного зева полное, во влагалище находится отечная правая ручка и плечико.

#### Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз и обоснуйте ответ.
2. Определите тактику ведения данного случая.
3. Перечислите причины развития поперечного положения плода.
4. Назовите возможные осложнения при поперечном положении плода.

#### Эталон решения ситуационной задачи

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Предположительный диагноз. Второй период вторых срочных родов. Запущенное поперечное положение плода. Внутриутробная гибель плода. Обоснование: – положение плода поперечное, головка справа, тазовый конец слева, – сердцебиение плода не выслушивается, – во влагалище находится отечная правая ручка и плечико	
2.	Тактика ведения данного случая: произвести плодоразрушающую операцию (декапитацию)	

3.	Причины развития поперечного положения плода: <ul style="list-style-type: none"> <li>– дряблость мускулатуры брюшной стенки,</li> <li>– гипотрофия плода,</li> <li>– маловодие, многоплодие,</li> <li>– крупный плод,</li> <li>– аномалии строения матки, фибромиома матки,</li> <li>– предлежание плаценты,</li> <li>– узкий таз</li> <li>– анэнцефалия и гидроцефалия плода</li> </ul>	
4.	Возможные осложнения при поперечном положении плода: <ul style="list-style-type: none"> <li>– преждевременное излитие околоплодных вод,</li> <li>– преждевременные роды,</li> <li>– запущенное поперечное положение плода (вколачивание плечика во вход таза, выпадение наружу частей плода - ручки, пуповины) в результате излития вод,</li> <li>– запущенное поперечное положение плода может привести к разрыву матки,</li> <li>– при выпадении частей плода может произойти восходящее инфицирование с развитием хориоамнионита,</li> <li>– гипоксия или асфиксия плода</li> </ul>	
1	2	3

### Тема №13 Акушерский травматизм

#### Задача №1

В родильное отделение ЦРБ поступила Т., 32 лет по поводу срочных родов, которые продолжаются 8 часов. Данная беременность 2-ая, роды 2-ые. Беременность протекала без осложнений. 2 часа назад излились околоплодные воды. Объективно: поведение женщины беспокойное, жалуется на постоянные боли внизу живота. Кожные покровы обычной окраски, температура 36,8<sup>0</sup> С, АД 120/70, 120/75 мм рт. ст., пульс – 86 уд./мин., ритмичный. Схватки через 2-3 мин., по 35-40 сек., сильные и болезненные. Положение плода продольное, головка прижата к входу в малый таз. ОЖ –106 см, ВСДМ – 39 см, размеры таза 25-28-31-20 см. Признак Вастена положительный. Отмечается болезненность нижнего сегмента в паузах между схватками. Контракционное кольцо на уровне пупка. Сердцебиение плода ритмичное 160 уд./мин., приглушено. Влагалищное исследование: влагалище емкое, шейка сглажена, открытие почти полное. Плодного пузыря нет. Головка прижата к входу в малый таз. Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок слева кзади. Мыс крестца не достигается.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз и обоснуйте ответ.
2. Определите тактику акушерки в данной ситуации.
3. Дайте определение своевременному и несвоевременному излитию вод.

Эталон решения ситуационной задачи

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3

1.	<p>Предположительный диагноз: Роды вторые срочные, конец первого периода родов. Крупный плод. Клинически узкий таз. Угрожающий разрыв матки. Внутриутробная гипоксия плода.</p> <p>Обоснование:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– наличие бурной родовой деятельности,</li> <li>– болезненность нижнего сегмента матки в паузу между схватками,</li> <li>– стояние контракционного кольца на уровне пупка,</li> <li>– положительный признак Вастена при излившихся водах,</li> <li>– почти полное раскрытие маточного зева,</li> <li>– крупный плод (масса плода: 106 х 39 +500 г, т.к. роды вторые = 4600.00 г),</li> <li>– сердцебиение плода ритмичное 160 уд./мин., приглушено</li> </ul>	
2.	<p>Тактика акушерки в данной ситуации:</p> <p>Целью действий акушерки является сохранение жизни женщины, предупреждение разрыва матки. Для этого она должна:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– вызвать врача акушера, анестезиолога и операционную сестру для операции кесарево сечение,</li> <li>– как можно быстрее снять родовую деятельность (установить контакт с веной, вводить внутривенно токолитик, например, партусистен и спазмолитики),</li> <li>– проводить контроль состояния женщины, пульса, АД; матки, выделений, сердцебиения плода,</li> <li>– успокоить женщину, убедив ее в благополучном исходе родов,</li> <li>– готовить женщину к операции кесарево сечение</li> </ul>	
1	2	3
	–	
.	–	
3.	<p>Определение своевременному и несвоевременному излитию вод.</p> <p>Своевременное излитие околоплодных вод: отхождение вод при полном раскрытии шейки матки (воды – роды).</p> <p>Дородовое излитие околоплодных вод: отхождение околоплодных вод до начала родов.</p> <p>Раннее излитие околоплодных вод: отхождение околоплодных вод при неполном раскрытии шейки матки.</p> <p>Запоздалое излитие околоплодных вод: отхождение вод происходят в периоде изгнания</p>	

#### Задача №2

Роженица К., 40 лет, много рожавшая, доставлена в родильный дом в тяжелом состоянии. Роды в срок. Настоящая беременность восьмая: первые пять закончились нормальными родами в срок, дети живые, шестая – искусственным абортom без осложнений, седьмая - срочными родами, в родах проводили ручное отделение последа, в послеродовом периоде в течение 10 дней наблюдалось повышение температуры.

Во время настоящей беременности женскую консультацию не посещала, собиралась рожать дома. Через 6 часов от начала активной родовой деятельности отошли околоплодные воды и появились сильные, болезненные потуги, которые вскоре приняли



почти непрерывный характер. Затем внезапно появилась очень сильная боль внизу живота, со слов женщины, как удар ножом в живот. После этого родовая деятельность полностью прекратилась. Появилась общая слабость, головокружение, тошнота, рвота, постоянная боль в животе, усиливающаяся при изменении положения. Общее состояние быстро ухудшалось, что заставило родственников вызвать машину скорой помощи.

При поступлении состояние женщины тяжелое, отмечается вялость, апатичность. На вопросы отвечает с трудом, стонет. Кожа и видимые слизистые оболочки бледные, черты лица заострены. Температура тела - 35,8<sup>0</sup>С. АД 100/60-100/55 мм рт. ст., пульс – 116 уд./мин., слабого наполнения и напряжения. Со стороны сердца и легких патологических изменений не обнаружено. Живот несколько вздут, окружность – 112 см, болезнен при пальпации, симптом Щеткина-Блюмберга положительный, при перкуссии определяется тупость в отлогих местах. Контуры матки нечёткие. Под передней брюшной стенкой пальпируется подвижный плод. Сердцебиение плода не прослушивается, шевеление отсутствует более часа. Размеры таза: distantia spinarum – 26 см, distantia cristarum – 28 см, distantia trochanterica – 30 см, conjugata externa – 21 см. Родовая деятельность отсутствует.

При влагалищном исследовании: влагалище свободное, открытие шейки матки полное, плодного пузыря нет. Предлежащая часть не определяется. Мыс крестца недостижим, емкость малого таза хорошая. Имеются кровянистые выделения в небольшом количестве.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз, обоснуйте ответ.
2. Приведите классификацию разрывов матки.
3. Назовите причины совершившегося разрыва матки применительно к данному случаю.

#### Эталон решения ситуационной задачи

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Предположительный диагноз: Первый период седьмых, срочных родов. Осложнённый акушерский анамнез. Совершившийся разрыв матки. Антенатальная гибель плода. Геморрагический шок I стадии. Обоснование: – данные анамнеза, – прекращение активной родовой деятельности после острой боли в животе, – отчетливая пальпация плода через переднюю брюшную стенку, – пальпация нечетких контуров матки,	

1	2	3
	– отсутствие сердцебиения плода, – тяжелое состояние женщины (геморрагический шок), – кровянистые выделения из половых путей, – положительный симптом Щеткина-Блюмберга, – появление перкуторной тупости в отлогих местах живота	
2.	Классификация разрывов матки: По времени происхождения: – разрывы вовремя беременности, – разрывы во время родов.	

	По патогенетическому признаку: 1. Самопроизвольные разрывы матки: – механические, – гистопатические, – механогистопатические 2. Насильственные разрывы матки: – травматические, – смешанные. По клиническому течению: – угрожающий разрыв, – начавшийся разрыв, – совершившийся разрыв. По характеру повреждения: – трещина (надрыв), – неполный разрыв, – полный разрыв По локализации: – разрыв в дне матки, – разрыв в теле матки, – разрыв в нижнем сегменте, – отрыв матки от сводов влагалища	
3.	Причины совершившегося разрыва матки применительно к данному случаю. Гистопатические (многокорожавшая, воспаление матки в анамнезе, медицинский аборт и ручное обследование полости матки в анамнезе)	

#### задача

Акушерка родильного отделения приступила к дежурству 9 марта в 9.00 час., приняла по

смене роженицу, которая поступила в родильный дом 8 марта в 22.00 час. с доношенной беременностью, регулярной родовой деятельностью. Данная беременность первая. Схватки начались дома в 20.00 час. 8 марта. При поступлении пульс 76 уд./мин., ритмичный, АД – 120/65, 120/60 мм рт. ст. В моче белка нет, ОЖ – 100 см, ВСДМ – 38 см. Положение плода продольное, головка прижата к входу в таз. Сердцебиение плода ясное, 130 уд./мин. Размеры таза: 23-26-28-21 см. Схватки через 6-8 мин. по 25-30 сек., умеренной силы и болезненности. Воды не отходили. Шейка матки сглажена, края тонкие малоподатливые, открытие 2 см. В течение ночи схватки активизировались. В 8.00 час. утра схватки через 3 мин. по 50 сек., болезненные. Сердцебиение 140 уд./мин. АД 120/ 80 мм рт. ст. Лекарственные средства не назначались. Женщина очень утомлена. В 8.30 час. 9 марта отошли светлые околоплодные воды, в количестве 200 мл. В 9.00 час. начались потуги, и в 9.20 час. родился живой мальчик, массой тела 3800 г с оценкой по шкале Апгар 8 баллов. Через 10 мин. самостоятельно отделился и выделился послед, при осмотре которого дефектов плацентарной ткани не обнаружено, оболочки все. Матка хорошо сократилась, плотная. Кровопотеря 250 мл. При осмотре шейки матки в зеркалах имеется разрыв на 3 часах длиной 2,5 см.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Оцените динамику родов.

3. Определите тактику акушерки в данной ситуации.
4. Назовите причины разрыва шейки матки.
5. Сформулируйте классификацию разрывов шейки матки.

Эталон решения ситуационной задачи

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Предположительный диагноз: роды первые, срочные. Поперечносуженный таз. Разрыв шейки матки 2 степени	
2.	Оценка динамики родов. Роды протекали в медленном темпе, продолжались 13 часов 30 минут, что вызвано усталостью женщины в ночное время, аномалией таза, ригидностью шейки, отсутствием необходимых назначений (например, глюкоза, кальций, спазмолитики, возможно и более активные средства).	
3.	Тактика акушерки: учитывая наличие разрывов необходимо: <ul style="list-style-type: none"> <li>– вызвать врача-акушера,</li> <li>– приготовить инструменты, шовный материал,</li> <li>– подготовить женщину к операции,</li> <li>– ассистировать во время зашивания,</li> <li>– объяснить родильнице как правильно вести себя после зашивания промежности</li> </ul>	
4.	Причины разрыва шейки матки: Разрыв шейки связан с рождением довольно крупного плода у женщины с узким тазом, ригидной шейкой	
5.	Классификация разрывов шейки матки. Разрывы шейки матки в зависимости от глубины делят на три степени: I степень – разрывы шейки матки с одной или с обеих сторон не более 2 см. II степень – разрывы длиной более 2 см, но не достигающие до сводов влагалища. III степень – разрывы, достигающие до сводов влагалища и переходящие на них	

Задача №4

Дежурная акушерка в ЦРБ приняла роды у повторнородящей (роды вторые), 28 лет, живым доношенным мальчиком. Через 10 мин. самостоятельно отделился и выделился послед. Дольки и оболочки целы. При осмотре родовых путей акушерка обнаружила разрыв тканей промежности (повреждена задняя спайка, кожа промежности, мышцы и слизистая влагалища). Из раны промежности небольшое кровотечение. Общая кровопотеря в родах составила – 250,0 мл. Дополнительно из анамнеза выяснено, что женщина страдает повышенной кровоточивостью после порезов, обильными месячными.

Вопросы:

1. Выявите проблемы пациентки.
2. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
3. Определите тактику акушерки.
4. Составьте план акушерского ухода за родильницей в раннем послеродовом периоде.
5. Назовите классификацию разрывов промежности.

Эталон решения ситуационной задачи

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	<p>Проблемы пациентки.</p> <p>Настоящая проблема: травма промежности, кровотечение из раны, небольшая болезненность.</p> <p>Потенциальные проблемы: риск кровотечения у женщины с повышенной кровоточивостью. Ошибкой ведения является то, что не учтена эта особенность, не проведена консультация гематолога, контроль факторов свертывания, не вводились гемостатические средства</p>	
2.	<p>Предположительный диагноз: Ранний послеродовый период после вторых срочных родов. Разрыв промежности II степени.</p> <p>Обоснование. Диагноз поставлен на основании осмотра родовых путей после родов.</p>	
3.	<p>Тактика акушерки:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– вызвать дежурного врача,</li> <li>– приготовить гемостатические средства (дицинон или аналоги),</li> <li>– приготовить стерильный стол с инструментарием для ушивания разрыва промежности,</li> <li>– приготовить стерильный шприц и 0,5% раствор новокаина для обезболивания,</li> <li>– успокоить роженицу, информировать ее о предстоящей манипуляции и способе обезболивания,</li> <li>– ассистировать врачу при ушивании разрыва промежности</li> </ul>	
4.	<p>План акушерского ухода:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– оценка функционального состояния (жалобы, цвет кожных покровов, видимых слизистых оболочек, артериальное давление, пульс, температуру тела) каждые 15 минут в течение 2-х часов,</li> <li>– контроль сократительной деятельности матки (высота стояния дна матки, её консистенция, конфигурация, чувствительность при пальпации) каждые 15 минут в течение 2-х часов,</li> <li>– оценку характера выделений из половых путей (контроль сократительной способности матки)</li> </ul>	
5.	<p>Классификация разрывов промежности.</p> <p>Различают самопроизвольные и насильственные разрывы промежности, а по степени:</p> <p>1 степень – разрыв задней спайки, части задней стенки влагалища и кожи промежности (не повреждается мышечный слой промежности).</p> <p>2 степень – характерно повреждение мышц промежности, но без вовлечения наружного анального сфинктера.</p> <p>3 степень – разрыв с вовлечением наружного сфинктера прямой кишки.</p>	

	4 степень – разрыв с вовлечением передней стенки прямой кишки	
--	---	--

#### Тема №15: Лечение послеродовых гнойно-септических заболеваний

##### Задача №1

Акушерка ФАП вызвана к женщине на 5-ые сутки после срочных родов, осложнившихся гипотоническим кровотечением. Производилось ручное обследование полости матки. Кровопотеря составила 500 мл, гемотрансфузии не было. Дома у родильницы температура повысилась до 38<sup>0</sup>С. Пульс 106 уд./мин., ритмичный. Язык чистый, влажный. Молочные железы мягкие, безболезненные. Объективно: живот мягкий, болезненный в нижних отделах. Дно матки на 4 см ниже пупка. Лохии серозно-кровянистые, мутные, с запахом. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание не нарушено. Анализ крови: Hb 96 г/л, L - 11,5 x 10<sup>9</sup>/л, формула со сдвигом влево. Анализ мочи – без патологии.

##### Вопросы:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте диагноз.
2. Определите тактику акушерки в данном случае.
3. Перечислите факторы риска развития гнойно-воспалительных заболеваний в послеродовом периоде.

##### Эталон решения ситуационной задачи

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Предположительный диагноз: Послеродовый период 5 сутки. Эндомиометрит. Анемия 1 степени. Обоснование: явные признаки воспаления (Т 38,0 <sup>0</sup> С, мутные с запахом лохии, большая матка, воспалительная кровь). В родах кровотечение и ручное обследование полости матки	
2.	Тактика акушерки: срочная госпитализация родильницы в гинекологическое отделение	
3.	Факторы риска послеродовых воспалительных заболеваний (ГВЗ): – нарушение правил гигиены, – пролонгирование беременности при мёртвом плоде, – задержка частей плаценты в полости матки, – предшествующая анемия и расстройство питания, – затяжные роды, – длительный безводный период, – частые влагалищные исследования, – кесарево сечение и другие оперативные роды, – предшествующие ЗППП, – послеродовые кровотечения, – повторные аборты	
	–	

##### Задача №3

На 5-ые сутки после родов при снятии швов у родильницы обнаружено полное расхождение швов промежности и плотный инфильтрат с гнойным отделяемым вокруг раны. Женщина 18 лет, посещала женскую консультацию с 30 недель, нерегулярно. Во время беременности был выявлен кольпит, должное обследование и санация не

проводились. В родах произошёл разрыв промежности 2 степени с последующим зашиванием разрыва. Обработка швов не проводилась. Женщина жалуется на боли в области промежности, отказывается от обработки раны, настаивает на скорейшей выписке из родильного дома.

Вопросы:

1. Выделите проблемы родильницы.
2. Перечислите причины, способствующие расхождению швов.
3. Определите тактику акушерки в данной ситуации

#### Эталон решения ситуационной задачи

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	<p>Проблемы родильницы.</p> <p>Настоящие проблемы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– полное расхождение швов, которое сопровождается болезненными ощущениями,</li> <li>– отказ родильницы от лечения.</li> </ul> <p>Потенциальные проблемы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– нарушение топографии промежности,</li> <li>– опущение матки, влагалища,</li> <li>– распространение инфекции</li> </ul>	
2.	<p>Причины расхождения швов:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– инфекция, особенно кольпит,</li> <li>– нарушение трофики тканей,</li> <li>– неправильный уход за швами,</li> <li>– нарушение режима, гигиены, питания,</li> <li>– нарушение техники наложения швов, правил асептики и антисептики,</li> <li>– проблемы с шовным материалом</li> </ul>	
3.	Тактика акушерки: успокоить женщину, объяснить ей необходимость лечения, позвать врача.	
5.	–	

1	3

Тема №16: Лечение нарушений полового цикла

Задача №1

В гинекологическое отделение больницы машиной "Скорой помощи" доставлена пациентка Е., 45 лет, с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей со сгустками в течение 8 дней, слабость, головокружение.

Из анамнеза: наблюдается в женской консультации по поводу миомы матки в течении 3 лет; последний год менструации нерегулярные, обильные, продолжительные, болезненные с тенденцией к удлинению менструального цикла. Родов - 0, аборт - 4, без осложнений. Последняя менструация 14 дней назад.

Объективно: кожные покровы видимые слизистые без особенностей, бледные. Температура тела 36,4 . Пульс 88 в минуту, ритмичный. АД 110/ 65 мм. рт. ст. на обеих руках. Из половы путей выделения кровянистые обильные, со сгустками крови.

Задание:

1. Определите и обоснуйте неотложное состояние.
2. Перечислите неудовлетворенные потребности, настоящие и потенциальные проблемы.
3. Составьте алгоритм оказания доврачебной помощи.

Эталон ответа

Задача №1

#### 1. Неотложное состояние.

Предположительно у пациентки: «Острый живот». Дисфункциональное маточное кровотечение репродуктивного периода, на фоне миомы матки.

Обоснование неотложного состояния.

Предположение основано на:

- жалобах – обильные кровянистые выделения из половых путей со сгустками в течение 8 дней, слабость, головокружение;
- данных анамнеза – наблюдается в ЖК по поводу миомы матки в течение 3 лет. Последний год менструации нерегулярные, обильные, продолжительные, болезненные, с тенденцией к удлинению менструального цикла. Последняя менструация 14 дней назад;
- данных наружного объективного исследования – кожные покровы видимые слизистые без особенностей, бледные. Температура тела 36,4 . Пульс 88 в минуту, ритмичный. АД 110/65 мм.рт.ст. на обеих руках; из половых путей выделения обильные кровянистые, со сгустками крови.

#### 2. Неудовлетворенные потребности: в собственной безопасности, общении, личной гигиене, сексуальной жизни.

Настоящие проблемы:

- обильные кровянистые выделения из половых путей со сгустками;
- слабость;
- головокружение;
- боли внизу живота;
- дефицит знаний о своем состоянии.

Потенциальные проблемы:

- анемия различной степени тяжести;
- геморрагический шок;
- ДВС-синдром.

#### 3. Оказания доврачебной помощи.

№	Мероприятия	Цель
1	Пациентку уложить на кушетку, успокоить	Снять страх неизвестности и стресс
2	Пациентке положить на низ живота, через пеленку, пузырь со льдом или охлаждающий пакет; под таз контрольную пеленку для контроля,	Вызвать спазм сосудов местно для уменьшения боли. Сохранить микроциркуляцию

	оценки характера выделений из половых путей.	
3	Не поить, не кормить	Предупредить регургитацию рвотными массами
4	Вызвать дежурного врача акушера-гинеколога	Оказать квалифицированную помощь
5	Подготовить врачу необходимый инструментарий, материал для осмотра шейки матки в зеркалах, влагалищного, влагалищно-абдоминального исследований	Подтвердить предварительный диагноз и провести дифференциальную диагностику
6	Подготовить систему для инфузионной терапии.	Восстановить ОЦК
7	Контролировать общее состояние пациентки (жалобы, самочувствие, кожные покровы, видимые слизистые оболочки, пульс, АД)	Обеспечить динамическое наблюдение за состоянием пациента
8	После осмотра дежурным врачом пациентки, по назначению акушера-гинеколога подготовить пациентку к выскабливанию стенок полости матки с последующим гистологическим исследованием	Остановить кровотечение, обеспечить отток крови из половых путей, на основании результатов гистологического исследования подтвердить диагноз.

#### Задача №2

На прием в женскую консультацию обратилась пациентка Д., 15 лет, в сопровождении матери, с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей в течение 7 дней.

Из анамнеза: менструации с 14 лет, нерегулярные, с тенденцией к удлинению менструального цикла до 1,5 месяцев. Половую жизнь отрицает.

Объективно: кожные покровы бледные, пульс 80 в минуту, АД 100/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный.

Гинекологический осмотр: оволосение по женскому типу, наружные половые органы развиты правильно. Девственница. Из половых путей обильные кровянистые выделения.

#### Задание:

1. Определите и обоснуйте неотложное состояние.
2. Перечислите неудовлетворенные потребности, настоящие и потенциальные проблемы.
3. Составьте алгоритм оказания доврачебной помощи.

Эталон ответа

#### Задача №2

1. Неотложное состояние.

Предположительно у пациентки: «Острый живот». Дисфункциональное маточное кровотечение ювенильного периода.



Обоснование неотложного состояния.

Предположение основано на:

- жалобах - обильные кровянистые выделения из половых путей в течение 7 дней;
- анамнезе - пациентке 15 лет, менструации с 14 лет, нерегулярные, с тенденцией к удлинению менструального цикла, половую жизнь отрицает;
- объективном исследовании - кожные покровы бледные, пульс 80 в минуту, АД 100/60 мм.рт.ст. на обеих руках;
- гинекологическом осмотре: девственница. Из половых путей обильные кровянистые выделения.

2. Неудовлетворенные потребности: в собственной безопасности, общении, личной гигиене.

Настоящие проблемы:

- обильные кровянистые выделения из половых путей.
- дефицит знаний о своем состоянии.

Потенциальные проблемы:

- анемия различной степени тяжести;
- геморрагический шок;
- ДВС-синдром.

3. Оказания доврачебной помощи.

№	Мероприятия	Цель
1	Пациентку уложить на кушетку, успокоить	Снять страх неизвестности и стресс
2	На низ живота через пеленку положить пузырь со льдом или охлаждающий пакет	Вызвать спазм сосудов. Сохранить микроциркуляцию
3	Не поить, не кормить	Предупредить регургитацию рвотными массами
4	Вызвать 03-бригаду скорой помощи для госпитализации в стационар	Обеспечить безопасную транспортировку для оказания специализированной помощи
5	Контролировать общее состояние пациентки (жалобы, самочувствие, кожные покровы, видимые слизистые оболочки, пульс, АД)	Обеспечить динамическое наблюдение за состоянием пациента
7	Выписать направление для госпитализации в стационар	Оказать специализированную помощь

Тема 18: Лечение воспалительных заболеваний женских половых органов

Задача №1

К врачу женской консультации обратилась пациентка А., 19 лет, с жалобами на постоянные боли внизу живота, гнойные выделения из половых путей, общую слабость, утомляемость, повышение температуры тела до 38,5 С.

Из анамнеза: Б -0, Р-0, последняя менструация 2 недели назад. Свое заболевание связывает с беспорядочной половой жизнью. 7 дней назад был незащищенный половой акт.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, без

особенностей, пульс 80 в минуту, ритмичный, АД 115/75 на обеих руках, со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Осмотр шейки матки в зеркалах: шейка матки конической формы. Наружный маточный зев закрыт, точечный, расположен по центру, выделения гнойные.

Бимануально-влагалищное исследование: тело матки слегка увеличено, мягковатой консистенции, болезненное при пальпации. Придатки с обеих сторон без особенностей. Выделения гнойные.

Задание:

1. Выявить потребности пациента, удовлетворение которых нарушено, выявите проблемы пациента.
2. Поставить диагноз и обосновать его.
3. Спланировать тактику акушерки в данной ситуации.

Ответы

1. У пациентки нарушены потребности: в общении, собственной безопасности сексуальной жизни личной гигиене, поддержании нормальной температуры тела.

Настоящие проблемы:

- дефицит знаний о своем состоянии, методах обследования, лечения;
- дискомфорт из-за болей внизу живота, гнойных выделений из половых путей, общей слабости, утомляемости, повышения температура тела до 38,5 С

Потенциальные проблемы:

- ухудшение состояния;
- хронизация процесса;
- генерализация процесса;
- нарушение менструального цикла;
- спаечный процесс в малом тазу;
- первичное бесплодие.

2. Диагноз: Гонорейный эндометрит.

Диагноз выставлен на основании:

- жалоб - на постоянные боли внизу живота, гнойные выделения из половых путей, общую слабость, утомляемость, повышение температура тела до 38,5 С;
- анамнеза - Б -0, Р-0, последняя менструация 2 недели назад. Свое заболевание связывает с беспорядочной половой жизнью. 7 дней назад был незащищенный половой акт;
- осмотра шейки матки в зеркалах - шейка матки конической формы. Наружный маточный зев закрыт, точечный, расположен по центру, выделения гнойные;
- бимануально-влагалищного исследования - тело матки слегка увеличено, мягковатой консистенции, болезненное при пальпации. Придатки с обеих сторон без особенностей. Выделения гнойные.

3. Тактика акушерки:

Независимые вмешательства:

- Провести беседу с пациенткой о ее состоянии, методах обследования, лечения;
- Получить информированное согласие пациентки на обследование;
- Подготовить врачу «Амбулаторную карту гинекологической больной», (уч. ф. №025/У), инструменты, материал для осмотра шейки матки в зеркалах, бимануального влагалищного исследования, взятия мазков на бактериоскопическое исследование отделяемого из урогенитального тракта, (выписать соответствующие направления);
- Выписать направления на анализы: кровь на RW, HCVAg, HBsAg, ВИЧ.

#### Зависимые вмешательства

- Подготовить врачу «Контрольную карту диспансерного наблюдения», (уч. ф. № 030/У), поставить пациентку на диспансерный учет, проинформировав о необходимости не менее 4 раз в год посещать врача в женской консультации;
- Подготовить врачу необходимый инструментарий, материал, медикаменты для взятия мазка на ИППП (выписать направление);
- Выписать направления на УЗИ (объяснить подготовку к исследованию);
- Полового партнера обследовать в условиях женской консультации и направить в КВД для дальнейшего обследования и лечения;
- Выполнить назначения врача по лечению данного заболевания.

#### Задача №2

Пациентка К., 26 лет, обратилась в ж/к с жалобами на задержку менструации в течение 7 недель, выраженный зуд в области наружных половых органов, сонливость, изменение аппетита, тошноту по утрам.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, без особенностей пульс 78 в мин., ритмичный, АД - 110/70 - мм.рт.ст. на обеих руках. Со стороны внутренних органов патологии не выявлены.

Осмотр шейки матки в зеркалах: шейка матки конической формы, наружный маточный зев расположен по центру, точечной формы, отмечается диффузная гиперемия слизистой влагалища с белым творожистым налетом.

Бимануально-влагалищное исследование: шейка матки отклонена книзу - кзади, наружный маточный зев закрыт, тело матки мягкое, подвижное, безболезненное, округлой формы, увеличено до 8 недель, придатки с обеих сторон не определяются.

#### Задание:

1. Выявить потребности пациента, удовлетворение которых нарушено, выявите проблемы пациента.
2. Поставить диагноз и обосновать его.
3. Спланировать тактику акушерки в данной ситуации

#### Ответы:

1. У пациентки нарушены потребности: в общении, собственной безопасности и безопасности будущего ребенка, сексуальной жизни, личной гигиене, еде, сне.

##### Настоящие проблемы:

- дефицит знаний о своем состоянии, методах обследования, лечении;
- дискомфорт из-за зуда в области наружных половых органов, сонливости, изменения аппетита, тошноты по утрам, белей из половых путей, нарушения менструального цикла-задержки менструации на 7 недель.

##### Потенциальные проблемы:

- восходящая инфекция;
- рецидивирование процесса;
- генерализация процесса;
- трудности лечения;
- переход в хроническую форму;
- поражение плодного яйца;
- осложненное течение беременности.

2. Диагноз: Беременность 1, 8-9 недель, кандидозный кольпит.

Диагноз выставлен на основании:

- жалоб - на задержку менструации в течение 7 недель, выраженный зуд в области наружных половых органов, сонливость, изменение аппетита, тошноту по утрам;
- осмотра шейки матки в зеркалах - шейка матки конической формы, наружный маточный зев расположен по центру, точечной формы, отмечается диффузная гиперемия слизистой влагалища с белым творожистым налетом;
- бимануально – влагалищного исследования - шейка матки отклонена книзу - кзади, наружный маточный зев закрыт, тело матки мягкое, подвижное, безболезненное, округлой формы, увеличено до 8 недель, придатки с обеих сторон не определяются.

3. Тактика акушерки:

Независимые вмешательства

- Провести беседу с пациенткой о ее состоянии, методах обследования, лечении;
- Получить информированное согласие;
- Подготовить врачу «Амбулаторную карту гинекологической больной», (уч. ф. №025/У), инструменты, материал для осмотра шейки матки в зеркалах, бимануально- влагалищного и ректально-влагалищного исследования, взятия мазков на бактериоскопическое исследование отделяемого из урогенитального тракта, на онкоцитологию (выписать соответствующие направления);
- Выписать направления на анализы: кровь на RW, HBsAg, HcVAg, ВИЧ;
- Провести беседу с беременной о питании, режиме труда, сна, отдыха;
- Поставить на учет по беременности, заполнить «Индивидуальную карту беременной и родильницы» (уч. Ф. №111/У);
- Выписать направления на (клинический анализ крови, кровь на группу, резус-фактор, кровь на RW, ВИЧ, HbsAg, HcvAg, кровь на токсоплазмоз, листериоз, биохимическое исследование крови, гемостазиограмма, кровь на сахар, клинический анализ мочи, посев мочи – всем перенесшим тонзиллит, цистит, пиелонефрит и другие инфекционные заболевания, бактериоскопическое, бактериологическое исследование отделяемого из урогенитального тракта, мазок на онкоцитологию, консультация к специалистам: терапевту, стоматологу, отоларингологу, окулисту, ЭКГ, УЗИ. Беременная должна предоставить в женскую консультацию результаты рентгенологического обследования

друга на

туберкулез - крупнокадровую флюорографию грудной клетки).

Зависимые вмешательства

- Выписать направления на УЗИ, (объяснить подготовку к исследованию);
- Подготовить врачу все необходимое для взятия мазка на ИППП, (выписать направление);
- Выполнить назначения врача по лечению данного заболевания.

Задача №3

В ж/к обратилась пациентка Д., 27 лет, с жалобами на постоянные боли внизу живота, больше справа, температура тела 38 С, общую слабость, утомляемость.

Из анамнеза: Считает себя больной в течение недели, когда периодически стали беспокоить ноющие боли внизу живота, которые все время усиливались; в течение 2-х дней появилась температура. Свое заболевание связывает с переохлаждением. Менструации регулярные, последняя менструация 2 недели назад. Роды - 1, аборт - 1, который осложнился воспалением придатков 6 мес. назад.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, пульс 90 в мин., АД 120/80 мм.рт.ст. на обеих руках, температура тела 38 С<sup>0</sup>, живот мягкий, болезненный в нижних отделах.

Бимануально-влагалищное исследование: шейка матки отклонена книзу - кзади, наружный маточный зев закрыт, тело матки обычной величины, плотное, безболезненное, подвижное; придатки слева без особенностей, справа-увеличены, болезненны при пальпации. Выделения гноевидные, необильные.

Задание:

1. Выявить потребности пациента, удовлетворение которых нарушено, выявите проблемы пациента.
2. Поставить диагноз и обосновать его.
3. Спланировать тактику акушерки в данной ситуации.

Ответы

1. У пациентки нарушены потребности: в общении, поддержании личной безопасности, сне, отдыхе, поддержании личной гигиены, поддержании нормальной температуры тела,

движении, сексуальной жизни,

Настоящие проблемы:

- дефицит знаний о своем состоянии, методах обследования, лечения;
- дискомфорт из-за постоянных ноющих болей внизу живота, общей слабости, утомляемости, повышения температуры тела, гноевидных выделений из половых путей.

Потенциальные проблемы:

- пиосальпинкс;
- гидросальпинкс;
- частичная или полная непроходимость маточных труб;
- бесплодие;
- tuboовариальные абсцессы;
- перитубарные и периовариальные спайки;
- спайки в полости малого таза и брюшной полости;
- хронизация процесса;
- разрывы абсцесса;
- перитонит;
- сепсис;
- нарушение сексуальной функции;
- нарушение менструальной функции;
- рецидивирование процесса.

## 2. Диагноз: Обострение хронического сальпингоофорита.

Диагноз выставлен на основании:

- жалоб - на постоянные боли внизу живота, больше справа, температура тела 38 С, общую слабость, утомляемость;
- анамнеза - считает себя больной в течение недели, когда периодически стали беспокоить ноющие боли внизу живота, которые все время усиливались; в течение 2-х дней появилась температура. Свое заболевание связывает с переохлаждением. Менструации регулярные, последняя менструация 2 недели назад. Роды - 1, аборт - 1, который осложнился воспалением придатков 6 мес. назад;
- данных объективного исследования - кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, пульс 90 в мин., АД 120/80 мм.рт.ст. на обеих руках, температура тела 38 С<sup>0</sup>, живот мягкий, болезненный в нижних отделах;
- бимануально-влагалищного исследования - шейка матки отклонена книзу - кзади, наружный маточный зев закрыт, тело матки обычной величины, плотное, безболезненное, подвижное; придатки слева без особенностей, справа- увеличены, болезненны при пальпации. Выделения гнойные, обильные.

## 3. Тактика акушерки:

- Провести беседу с пациенткой о ее состоянии, методах обследования, лечении;
- Получить информированное согласие;
- Подготовить врачу «Амбулаторную карту гинекологической больной», (уч. ф. №025/У), инструменты, материал для осмотра шейки матки в зеркалах, бимануально- влагалищного и ректально-влагалищного исследования, взятия мазков на бактериоскопическое исследование отделяемого из урогенитального тракта, на онкоцитологию (выписать соответствующие направления);
- Выписать направления на анализы: кровь на RW, HBsAg, HCVAg, ВИЧ.

Зависимые:

- Выписать направления на УЗИ, (объяснить подготовку к исследованию);
- Поставить на диспансерный учет, завести «Контрольную карту диспансерного наблюдения» (уч.форма № 030/У), проинформировать о необходимости не менее 4 раз в год посещать врача в ж/к;
- Выписать направление на стационарное лечение.

## Тема №19 :Лечение фоновых и предраковых заболеваний

### Задача №1

Больная С., 25 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на обильные пенистые бели с неприятным запахом, жжение, зуд в области наружных половых органов и чувство тяжести во влагалище.

Из анамнеза: Больна в течение недели. Очень обеспокоена своим состоянием.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, без особенностей, пульс 76 в мин., ритмичный, АД - 110/70 мм.рт.ст. на обеих руках.

Осмотр шейки матки в зеркалах: отмечается резкая гиперемия слизистой влагалища. В заднем своде скопление желтого гноя зеленоватого оттенка, жидкой консистенции, пенистого характера. Такое же отделяемое в наружном зеве шейки матки.

Бимануально-влагалищное исследование: шейка матки эластической консистенции, зев закрыт. Матка плотная, подвижная, безболезненная. Придатки

с обеих сторон не определяются. Взяты мазки на урогенитальную инфекцию. В мазках обнаружены трихомонады.

Задание:

1. Выявить потребности пациента, удовлетворение которых нарушено, выявите проблемы пациента.
2. Поставить диагноз и обосновать его.
3. Спланировать тактику акушерки в данной ситуации.

Эталон ответа

1. У пациентки нарушены потребности: в общении, поддержании собственной безопасности, сне, отдыхе, поддержании личной гигиены, сексуальной жизни.

Настоящие проблемы:

- дефицит знаний о своем заболевании, методах обследования, лечения;
- дискомфорт из-за обильных пенистых белей с неприятным запахом, зудом, жжением в области наружных половых органов, чувства тяжести во влагалище, невозможности сексуальной жизни;
- страх венерического заболевания.

Потенциальные проблемы:

- восходящая инфекция;
- хронизация процесса;
- спаечная болезнь;
- бесплодие.

2. Диагноз: Трихомонадный кольпит.

Диагноз выставлен на основании:

- жалоб - на обильные пенистые бели с неприятным запахом, жжение, зуд в области наружных половых органов и чувство тяжести во влагалище;
- анамнеза - больна в течение недели. Очень обеспокоена своим состоянием;
- осмотра шейки матки в зеркалах - отмечается резкая гиперемия слизистой влагалища. В заднем своде скопление желтого гноя зеленоватого оттенка, жидкой консистенции, пенистого характера. Такое же отделяемое в наружном зеве шейки матки;
- данных мазков - взяты мазки на урогенитальную инфекцию. В мазках обнаружены трихомонады.

3. Тактика акушерки:

Независимые вмешательства:

- Провести беседу с пациенткой о ее состоянии, методах обследования, лечения;
- Получить информированное согласие;
- Подготовить врачу «Амбулаторную карту гинекологической больной», (уч. ф. №025/У), инструменты, материал для осмотра шейки матки в зеркалах, бимануально-влагалищного и ректально-влагалищного исследования, взятия мазков на бактериоскопическое исследование отделяемого из урогенитального тракта, на онкоцитологию (выписать соответствующие направления);
- Выписать направления на анализы: кровь на RW, HBsAg, HCVAg, ВИЧ.

Зависимые вмешательства:

- Подготовить все необходимое для взятия мазка на ИППП (выписать направление);
- Поставить на диспансерный учет, завести «Контрольную карту диспансерного наблюдения» (уч.форма № 030/У), проинформировать о необходимости не менее 4 раз в год посещать врача в ж/к;
- Полового партнера обследовать и поставить на диспансерный учет;
- Выполнить назначения врача по лечению данного заболевания.

Тема №20: Лечение эндометриоза. Лечение опухолей и опухолевидных образований женских половых органов  
Задача №1

На прием к врачу женской консультации обратилась пациентка М., 38 лет, с жалобами на учащенное мочеиспускание, запоры, эмоциональную лабильность. Пациентка обеспокоена своим состоянием.

Из анамнеза: менструальная функция без особенностей. Соматически здорова. Родов – 2, аборт – 2. Последняя менструация 20 дней назад. За последние 1.5-2 года менструации стали более обильными, продолжительными, болезненными.

Объективно: кожные покровы, видимые слизистые без особенностей, обычной окраски. Пульс 76 в минуту, ритмичный, АД - 120/80 мм.рт.ст.

Осмотр шейки матки в зеркалах: шейка матки цилиндрической формы, без особенностей. Наружный маточный зев закрыт, щелевидной формы, расположен по центру.

Бимануально-влагалищное исследование: шейка матки длиной 2,5 см, направлена книзу, кзади, подвижная. Наружный маточный зев закрыт, расположен по центру. Матка увеличена соответственно 10 неделям беременности, плотная, с гладкой поверхностью, безболезненна при пальпации. В области придатков патологии не выявлено. Из половых путей выделения светлые.

Задание:

1. Выявить потребности пациента, удовлетворение которых нарушено, выявите проблемы пациента.
2. Поставить диагноз и обосновать его.
3. Спланировать тактику акушерки в данной ситуации.

Эталон ответа

1. У пациентки нарушены потребности: в общении, собственной безопасности, сексуальной жизни, физиологических отправлениях.

Настоящие проблемы:

- дискомфорт из-за учащенного мочеиспускания, запоров;
- дефицит знаний о своем состоянии, методах обследования, лечения;

Потенциальные проблемы:

- меноррагии;
- метроррагии;
- выраженное нарушение функции соседних органов (мочевого пузыря, прямой кишки);
- нарушение питания, перекрут «ножки» субсерозного узла, некроз субмукозного узла с развитием восходящей инфекции;
- инфицирование, нагноение, абсцедирование узла;
- выворот матки при рождении субмукозного узла;
- анемия;



- быстрый рост опухоли;
- малигнизация опухоли;
- осложнения течения беременности, родов при миоме матки.

## 2. Диагноз: Миома матки 10-ти недель беременности.

Диагноз выставлен на основании:

- жалоб - на учащенное мочеиспускание, запоры, эмоциональную лабильность. Пациентка обеспокоена своим состоянием;
- анамнеза - менструальная функция без особенностей. Соматически здорова. Родов – 2, абортов – 2. Последняя менструация 20 дней назад. За последние 1.5-2 года менструации стали более обильными, продолжительными, болезненными;
- данных объективного исследования - кожные покровы, видимые слизистые без особенностей, обычной окраски. Пульс 76 в мин., ритмичный, АД - 120/80 мм.рт.ст.
- осмотра шейки матки в зеркалах - шейка матки цилиндрической формы, без особенностей. Наружный маточный зев закрыт, щелевидной формы, расположен по центру.
- бимануально-влагалищного исследования - шейка матки длиной 2,5 см, направлена книзу, кзади, подвижная. Наружный маточный зев закрыт, расположен по центру. Матка увеличена соответственно 10 неделям беременности, плотная, с гладкой поверхностью, безболезненна при пальпации. В области придатков патологии не выявлено. Из половых путей выделения светлые.

## 3. Тактика акушерки:

Независимые вмешательства:

- успокоить пациентку, провести беседу о заболевании, методах обследования, принципах лечения;
- получить у пациентки информированное согласие на обследование;
- подготовить врачу «Амбулаторную карту гинекологической больной» (уч.ф. №025/У), необходимый материал, инструментарий для осмотра НПО, шейки матки в зеркалах, влагалищного, влагалищно-абдоминального(бимануального), ректо-влагалищного исследований, взятия мазков на бактериоскопическое исследование из урогенитального тракта, онкоцитологию (выписать соответствующие направления);
- выписать направления на анализы: кровь на RW, ВИЧ, HbBsAg, HCVAg.

Зависимые вмешательства:

- подготовить врачу «Контрольную карту диспансерного наблюдения» (уч.ф. №030/У). Поставить пациентку на «Д» учет, проинформировав о необходимости посещать врача женской консультации в первый год 1 раз в три месяца, со второго года наблюдения – 2 раза в год;
- подготовить врачу необходимый инструментарий, материал для взятия мазков на ИППП методом ПЦР, аспирата из полости матки;
- выписать направление на УЗИ, (объяснить подготовку к исследованию);
- выполнять назначения врача по лечению данного заболевания.

## Задача №2

К врачу женской консультации обратилась пациентка О., 38 лет, с жалобами на

сильные боли во время менструации, скудные выделения шоколадного цвета в течение 3-5 дней до и после менструации.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, без особенностей, пульс 72 в мин., ритмичный, АД - 120/80 мм.рт.ст.

Осмотр шейки матки в зеркалах: шейка матки не изменена, цилиндрической формы. Наружный маточный зев щелевидной формы, расположен по центру.

Бимануально-влагалищное исследование: матка шарообразной формы, отклонена кзади, болезненна при пальпации. Придатки с обеих сторон не определяются. Выделения слизистые, без запаха.

Задание:

1. Выявить потребности пациента, удовлетворение которых нарушено, выявите проблемы пациента.
2. Поставить диагноз и обосновать его.
3. Спланировать тактику акушерки в данной ситуации.

Эталон ответа

1. У пациентки нарушены потребности: в общении, собственной безопасности, сексуальной жизни, личной гигиене.

Настоящие проблемы:

- дефицит знаний о своем состоянии, методах обследования, лечении;
- дискомфорт из-за сильных болей во время менструации, выделений до и после менструации шоколадного цвета в течение 3-5 дней.

Потенциальные проблемы:

- ухудшение состояния;
- малигнизация;
- миомы матки;
- нарушение менструальной функции;
- анемия;
- первичное и вторичное бесплодие;
- диспареуния;
- болевой синдром.

2. Диагноз: Аденомиоз.

Диагноз выставлен на основании:

- жалоб - на сильные боли во время менструации, скудные выделения шоколадного цвета в течение 3-5 дней до и после менструации;
- бимануально-влагалищного исследования - матка шарообразной формы, отклонена кзади, болезненна при пальпации. Придатки с обеих сторон не определяются. Выделения слизистые, без запаха.

3. Тактика акушерки:

Независимые вмешательства:

- Провести беседу с пациенткой о ее состоянии, методах обследования, лечении;
- Получить информированное согласие;
- Подготовить врачу «Амбулаторную карту гинекологической больной», (уч. ф. №025/У), инструменты, материал для осмотра шейки матки в зеркалах, бимануально - влагалищного и ректально – влагалищного исследования, взятия мазков на бактериоскопическое исследование отделяемого из урогенитального тракта, на онкоцитологию (выписать соответствующие направления);
- Выписать направления на анализы: кровь на RW, HBsAg, HCVAg, ВИЧ.

Зависимые вмешательства

- Выписать направления на УЗИ (объяснить подготовку к исследованию);
- Поставить на диспансерный учет; завести форму № 030/ У «Контрольная карта диспансерного наблюдения», проинформировать о необходимости не менее 4 раз в год посещать врача в ж/к;
- Выписать направление для госпитализации в стационар для дальнейшего обследования и лечения (гистероскопия, диагностическая лапароскопия, РДВ с ГСГ, КТ и/или МРТ).

### Задача №3

Больная К., 40 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на ноющие боли внизу живота с иррадиацией в поясницу, общую слабость, утомляемость.

Из анамнеза: Состоит на учете по поводу кисты правого яичника в течение 2-х месяцев. Противовоспалительная терапия эффекта не дала. Больная готовится к плановому оперативному лечению.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, без особенностей, пульс 78 уд. в мин., ритмичный, АД - 120/80 мм.рт.ст..

Осмотр шейки матки в зеркалах: шейка матки цилиндрической формы, чистая, наружный маточный зев щелевидной формы, расположен по центру.

Бимануально-влагалищное исследование: влагалище рожавшей женщины; шейка матки эластической консистенции; зев закрыт; смещение шейки безболезненное; матка нормальной величины, плотная, подвижная, anteflexio, anteverzio; в области правых придатков пальпируется тугоэластическое образование с гладкой поверхностью, ограниченное в подвижности, размерами 8х5 см. Придатки слева не определяются.

### Задание:

1. Выявить потребности пациента, удовлетворение которых нарушено, выявите проблемы пациента.
2. Поставить диагноз и обосновать его.
3. Спланировать тактику акушерки в данной ситуации.

### Эталон ответа

1. У пациентки нарушены потребности: в общении, сне, отдыхе, поддержании личной безопасности, сексуальной жизни.

#### Настоящие проблемы:

- дефицит знаний о своем заболевании, методах обследования, лечения;
- дискомфорт из-за болей внизу живота, слабости, утомляемости, невозможности сексуальной жизни из-за болей.

#### Потенциальные проблемы

- перекрут ножки кисты яичника;
- разрыв капсулы кисты;
- нагноение содержимого кисты;
- малигнизация.

2. Диагноз: Киста правого яичника.

Диагноз выставлен на основании:

- жалоб - на ноющие боли внизу живота с иррадиацией в поясницу, общую слабость, утомляемость;
- анамнеза - состоит на учете по поводу кисты правого яичника в течение 2-х месяцев. Противовоспалительная терапия эффекта не дала. Больная готовится к плановому оперативному лечению;
- бимануально-влагалищного исследования - влагалище рожавшей женщины; шейка матки эластической консистенции; зев закрыт; смещение шейки безболезненное; матка нормальной величины, плотная, подвижная, anteflexio, anteversio; в области правых придатков пальпируется тугоэластическое образование с гладкой поверхностью, ограниченное в подвижности, размерами 8х5 см. Придатки слева не определяются.

### 3. Тактика акушерки:

#### Независимые вмешательства:

- Провести беседу с пациенткой о ее состоянии, методах обследования, лечения;
- Получить информированное согласие;
- Подготовить врачу «Амбулаторную карту гинекологической больной», (уч. ф. №025/У), инструменты, материал для осмотра шейки матки в зеркалах, бимануально- влагалищного и ректально-влагалищного исследования, взятия мазков на бактериоскопическое исследование отделяемого из урогенитального тракта, на онкоцитологию (выписать соответствующие направления);
- Выписать направления на анализы: кровь на RW, HBsAg, HCVAg, ВИЧ.

#### Зависимые вмешательства:

- Выписать направления на УЗИ, (объяснить подготовку к исследованию);
- Поставить на диспансерный учет, завести «Контрольную карту диспансерного наблюдения» (уч.форма № 030/У), проинформировать о необходимости не менее 4 раз в год посещать врача в ж/к;
- Выписать направления на анализы для оперативного лечения (клинический анализ крови, кровь на группу, резус – фактор, кровь на RW, ВИЧ, HbsAg, HcvAg, биохимическое исследование крови, гемостазиограмма, кровь на сахар, клинический анализ мочи, консультация к специалистам: терапевту, анестезиологу; ЭКГ, рентген грудной клетки). Выписать направления на обследование желудка, кишечника, (исключить MTS в яичник);
- Выписать направление на госпитализацию в стационар для оперативного лечения.

### Тема №21: Оказание помощи при бесплодии

#### Задача №1

На прием в женскую консультацию обратилась пациентка К., 28 лет, с жалобами на отсутствие наступления беременности в течение 3-х лет.

Из анамнеза: родов - 0, аборт - 1, с последующим воспалением придатков матки. В последние 3 года регулярно живет половой жизнью без применения контрацептивов.

Объективно: кожные покровы, видимые слизистые оболочки обычной окраски, без особенностей. Доступные пальпации лимфоузлы не увеличены. Молочные железы без особенностей. Пульс 72 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, напряжения, АД - 110/70 мм. рт. ст. на обеих руках.

Осмотр шейки матки в зеркалах: шейка матки конической формы, без особенностей. Наружный маточный зев расположен по центру, точечной формы.

Бимануально-влагалищное исследование: влагалище узкое не рожавшей женщины, длиной 10см. Своды свободны, боковые симметричные. Шейка матки конической формы, направлена книзу, кзади. Тело матки в anteflexio-anteversio, обычных размеров, плотной

консистенции, с четкими контурами, безболезненное при пальпации. Придатки с обеих сторон без особенностей. Выделения слизистые.

Задание:

1. Выявить потребности пациента, удовлетворение которых нарушено, выявите проблемы пациента.
2. Поставить диагноз и обосновать его.
3. Спланировать тактику акушерки в данной ситуации.

Эталон ответа

Задача №1

1. У пациентки нарушены потребности: в общении, собственной безопасности, сексуальной жизни.

Настоящие проблемы:

- беспокойство из-за отсутствия беременности в течение 3-х лет;
- дефицит знаний о своем состоянии, методах обследования, лечения.

Потенциальные проблемы:

- риск оперативного вмешательства;
- абсолютная форма бесплодия.

2. Диагноз: Вторичное бесплодие.

Диагноз выставлен на основании:

- жалоб - отсутствие наступления беременности в течение 3-х лет;
- анамнеза - родов - 0, аборт - 1, с последующим воспалением придатков матки. В последние 3 года регулярно живет половой жизнью без применения контрацептивов.

3. Тактика акушерки:

Независимые вмешательства:

- Успокоить пациентку, провести беседу о заболевании, методах обследования, лечения;
- Получить у пациентки информированное согласие на обследование;
- Подготовить врачу «Медицинскую карту амбулаторного больного» (уч.ф.№025/У), необходимый материал, инструментарий, медикаменты для осмотра наружных половых органов, шейки матки в зеркалах, влагалищного, влагалищно-абдоминального и ректо-абдоминального исследований, взятия мазков на бактериоскопическое исследование из урогенитального тракта, на онкоцитологию (выписать соответствующие направления);
- Выписать направления на анализы: кровь на RW, ВИЧ, HBsAg, HCVAg.

Зависимые вмешательства:

- Подготовить врачу «Контрольную карту диспансерного наблюдения» (уч.ф.№030/У). Поставить пациентку на «Д» учет;
- Подготовить врачу необходимый материал, инструментарий для взятия мазков из урогенитального тракта на ИППП методом ПЦР, для бактериологического исследования;
- Определить индекс Брея;
- Заполнить шкалу Ферримана-Голвея, Шкалу Таннера;
- Объяснить пациентке как измерять базальную температуру, вести график;
- По назначению врача выписать направления на лабораторные исследования в соответствии со стандартом оказания медицинской помощи, а также на -УЗИ органов малого таза с доплерометрией, (объяснить пациентке как подготовиться к исследованию);
- УЗИ молочных желез, щитовидной железы;

- гистеросальпингографию ГСГ (эхогистеросальпингографию ЭГСС);
- рентгенографию черепа и турецкого седла;
- на консультацию к андрологу (для супруга);
- для определения гормонального профиля выписать направления на анализы: в фолликулярную фазу - кровь на ФСГ, ЛГ, ЛТГ, соматотропный гормон, эстрадиол, тестостерон, дегидроэпиандростерона сульфат, ТТГ, гормоны щитовидной железы; в лютеиновую фазу – определить содержание прогестерона.

Тема №23:Оказание помощи при неотложных состояниях в гинекологии

Задача №1

В женскую консультацию обратилась пациентка 40 лет с жалобами на резкие сильные боли в животе, возникшие внезапно во время стирки 2 часа тому назад, тошноту, однократную рвоту, сухость во рту.

Из анамнеза: Менструальная функция без особенностей. Последняя нормальная менструация 2 недели назад. Родов - 2(без осложнений), аборт - 1(медицинский), в анамнезе - хронический двусторонний аднексит. Полгода назад на проф. осмотре обнаружена киста правого яичника. От предложенной в то время операции отказалась по семейным обстоятельствам.

Объективно: кожные покровы бледные, холодный пот, АД 100/70 мм.рт.ст., пульс 84 в минуту на обеих руках. Живот вздут, не участвует в акте дыхания, при пальпации отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки, при поверхностной, глубокой пальпации живота отмечается выраженная болезненность в правой подвздошной области, положительный симптом Щеткина-Блюмберга в нижних отделах живота, в связи, с чем невозможно четко пропальпировать при влагалищном исследовании внутренние половые органы.

Задание:

- 1.Определите и обоснуйте неотложное состояние.
2. Перечислите неудовлетворенные потребности, настоящие и потенциальные проблемы.
3. Составьте алгоритм оказания доврачебной помощи.

Эталон ответа

1. Неотложное состояние:

Предположительно у пациентки: «Острый живот». Перекрут ножки кисты правого яичника.

Обоснование неотложного состояния.

Предположение основано на:

- жалобах - резкие сильные боли в животе, возникшие внезапно во время стирки 2 часа тому назад, тошноту, однократную рвоту, сухость во рту;
- данных анамнеза - полгода назад на проф. осмотре обнаружена киста правого яичника;
- данных объективного обследования - кожные покровы бледные, холодный пот, АД 100/70 мм.рт.ст., пульс 84 в минуту на обеих руках., живот вздут, не участвует в акте дыхания, при пальпации отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки, при поверхностной, глубокой пальпации живота отмечается выраженная болезненность в правой подвздошной области, положительный симптом Щеткина-Блюмберга в нижних отделах живота, в связи с чем невозможно четко пропальпировать при влагалищном исследовании внутренние половые органы.

2. Неудовлетворенные потребности: в собственной безопасности, общении, в сексуальной жизни, в еде, питье.

Настоящие проблемы:

- сильные боли в животе;
- тошнота;
- однократная рвота;
- сухость во рту;
- дефицит знаний о своем состоянии.

Потенциальные проблемы:

- анемия различной степени тяжести;
- геморрагический шок;
- ДВС-синдром.

3. Оказания доврачебной помощи.

№	Мероприятия	Цель
1	Пациентку уложить на кушетку, успокоить	Снять страх неизвестности и стресс
2	На низ живота через пеленку положить пузырь со льдом или охлаждающий пакет	Вызвать спазм сосудов местно Сохранить микроциркуляцию
3	Не поить, не кормить	Предупредить регургитацию рвотными массами.
4	Подготовить врачу необходимый инструментарий, материал для осмотра шейки матки в зеркалах, влагалищного, влагалищно-абдоминального исследований	Подтвердить предварительный диагноз и провести дифференциальную диагностику
5	Вызвать 03-бригаду скорой помощи для госпитализации в стационар	Обеспечить безопасную транспортировку для оказания специализированной помощи
6	Контролировать общее состояние пациентки (жалобы, самочувствие, кожные покровы, видимые слизистые оболочки, пульс, АД)	Обеспечить динамическое наблюдение за состоянием пациента
7	Выписать направление для госпитализации в стационар	Оказать специализированную помощь

## Задача №2

В женскую консультацию обратилась пациентка Л., 36 лет с жалобами на боли внизу живота, больше слева, иррадиирующие в прямую кишку, промежность.

Из анамнеза: Заболела внезапно 1 час назад, когда почувствовала резкую боль слева в подвздошной области, появилась слабость, холодный пот, была кратковременная потеря сознания. Менструальная функция без особенностей. Последняя нормальная менструация 1,5 месяца назад. В течение этого времени

беспокоила – слабость, сонливость, изменение вкуса, аппетита. Считала себя беременной, собиралась обратиться к врачу для прерывания беременности. В анамнезе 2 нормальных родов, 2 медицинских аборта. В течение 10 последних лет страдает двусторонним хроническим аднекситом, по поводу которого неоднократно лечилась в стационаре.

При объективном исследовании: кожные покровы бледные, АД-100/60 мм.рт.ст., пульс-90 в минуту, слабого наполнения. При пальпации передней брюшной стенки отмечается напряжение мышц, симптом Щеткина-Блюмберга положительный в нижних отделах, перкуторно определяется притупление перкуторного звука в отлогих местах, граница притупления смещается при перемене положения тела.

Бимануально-влагалищное исследование: смещение шейки матки резко болезненное, из-за этого невозможно четко пропальпировать тело матки и придатки. Выделения слизистые.

Задание:

1. Определите и обоснуйте неотложное состояние.
2. Перечислите неудовлетворенные потребности, настоящие и потенциальные проблемы.
3. Составьте алгоритм оказания доврачебной помощи.

#### Эталон ответа

1. Неотложное состояние:

Предположительно у пациентки: «Острый живот». Прервавшаяся внематочной беременностью по типу разрыва маточной трубы. Геморрагический шок I степени тяжести.

Обоснование неотложного состояния.

Предположение основано на:

- жалобах – боли внизу живота, больше слева, иррадиирующие в прямую кишку, промежность;
- данных анамнеза – заболела внезапно 1 час назад, когда почувствовала резкую боль слева в подвздошной области, появилась слабость, холодный пот, была кратковременная потеря сознания, менструальная функция без особенностей, последняя нормальная менструация 1,5 месяца назад, считала себя беременной, собиралась обратиться к врачу для прерывания беременности, 2 нормальных родов, 2 медицинских аборта, в течение 10 последних лет страдает двусторонним хроническим аднекситом, по поводу которого неоднократно лечилась в стационаре;
- данных объективного исследования – кожные покровы бледные, АД-100/60 мм.рт.ст., пульс-90 в минуту, слабого наполнения, при пальпации передней брюшной стенки – напряжение мышц, симптом Щеткина-Блюмберга положительный в нижних отделах, перкуторно определяется притупление звука в отлогих местах, граница притупления смещается при перемене положения тела;
- бимануально-влагалищного исследования - смещение шейки матки резко болезненное, из-за этого невозможно четко пропальпировать тело матки и придатки. Выделения слизистые.

2. Неудовлетворенные потребности: в собственной безопасности, общении,



в сексуальной жизни, личной гигиены.

Настоящие проблемы:

- боли внизу живота;
- дефицит знаний о своем состоянии.

Потенциальные проблемы:

- анемия различной степени тяжести;
- геморрагический шок;
- ДВС-синдром.

### 3. Оказания доврачебной помощи.

№	Мероприятия	Цель
1	Пациентку уложить на кушетку (положение Тренделенбурга), успокоить	Снять страх неизвестности и стресс, обеспечить приток крови к головному мозгу
2	На низ живота через пеленку положить пузырь со льдом или охлаждающий пакет	Вызвать спазм сосудов местно для уменьшения боли. Сохранить микроциркуляцию
3	Не поить, не кормить	Предупредить регургитацию рвотными массами
4	Подготовить врачу необходимый инструментарий, материал для осмотра шейки матки в зеркалах, влагалищного, влагалищно-абдоминального исследований	Подтвердить предварительный диагноз и провести дифференциальную диагностику
5	Вызвать 03-бригаду скорой помощи для госпитализации в стационар	Обеспечить безопасную транспортировку для оказания специализированной помощи
6	Контролировать общее состояние пациентки (жалобы, самочувствие, кожные покровы, видимые слизистые оболочки, пульс, АД)	Обеспечить динамическое наблюдение за состоянием пациента
7	По назначению врача начать инфузионную терапию	Восполнить ОЦК
8	Выписать направление для госпитализации в стационар	Оказать специализированную помощь

### Задача №3

В гинекологический стационар доставлена пациентка И., 23 лет, с жалобами на резкие внезапно возникшие боли внизу живота, в течении 2-х часов, общую слабость, головокружение, тошноту.

Из анамнеза: последняя менструация 2 недели назад. Роды - 1, абортов - 2. За 7-10 дней до приступа пациентку беспокоило ощущение дискомфорта в брюшной полости.

Данные объективного обследования: кожные покровы, видимые слизистые без особенностей, бледные. Температура 36,6, пульс 90 в минуту, ритмичный.

АД 100 /60 мм.рт.ст. Живот умеренно вздут, отсутствует напряжение мышц передней брюшной стенки. При пальпации отмечается болезненность в нижних отделах живота, больше справа. Симптомы раздражения брюшины положительные в правой подвздошной области.

Задание:

1. Определите и обоснуйте неотложное состояние.
2. Перечислите неудовлетворенные потребности, настоящие и потенциальные проблемы.
3. Составьте алгоритм оказания доврачебной помощи.

Эталон ответа

1. Неотложное состояние.

Предположительно у пациентки: «Острый живот». Апоплексия правого яичника. Анемическая форма. Геморрагический шок I степени тяжести.

Обоснование неотложного состояния.

Предположение основано на:

- жалобах – резкие внезапно возникшие боли внизу живота, в течении 2-х часов, общая слабость, головокружение, тошнота;
- данных анамнеза – последняя менструация 2 недели назад. За 7-10 дней до приступа пациентку беспокоило ощущение дискомфорта в брюшной полости;
- данных наружного объективного исследования – кожные покровы видимые слизистые без особенностей, бледные. Температура тела 36,6. Пульс 90 в минуту, ритмичный. АД 100/60 мм.рт.ст. на обеих руках; живот умеренно вздут, отсутствует напряжение мышц передней брюшной стенки. При пальпации отмечается болезненность в нижних отделах живота, больше справа. Положительные симптомы раздражения брюшины в правой подвздошной области.

2. Неудовлетворенные потребности: в собственной безопасности, общении, личной гигиене, сексуальной жизни.

Настоящие проблемы:

- боли внизу живота;
- общая слабость;
- головокружение;
- тошнота;
- дефицит знаний о своем состоянии.

Потенциальные проблемы:

- анемия различной степени тяжести;
- геморрагический шок;
- ДВС-синдром.

3. Оказания доврачебной помощи.

№	Мероприятия	Цель
1	Пациентку уложить на кушетку, (положение Тренделенбурга), успокоить	Снять страх неизвестности и стресс. Обеспечить приток крови к головному мозгу

2	Пациентке положить на низ живота, через пеленку, пузырь со льдом или охлаждающий пакет; под таз контрольную пеленку для контроля, оценки характера выделений из половых путей	Вызвать спазм сосудов местно для уменьшения боли. Сохранить микроциркуляцию
3	Не поить, не кормить	Предупредить регургитацию рвотными массами
4	Вызвать дежурного врача акушера-гинеколога	Оказать квалифицированную помощь
5	Подготовить врачу необходимый инструментарий, материал для осмотра шейки матки в зеркалах, влагалищного, влагалищно-абдоминального исследований	Подтвердить предварительный диагноз и провести дифференцированную диагностику
6	Подготовить систему для инфузионной терапии.	Восстановить ОЦК
7	Контролировать общее состояние пациентки (жалобы, самочувствие, кожные покровы, видимые слизистые оболочки, пульс, АД)	Обеспечить динамическое наблюдение за состоянием пациента
8	<p>По назначению врача готовить пациентку к экстренной операции:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• пациентку информировать о необходимости экстренного оперативного вмешательства, получить ее письменное согласие;</li> <li>• вызвать лаборанта для определения группы крови, резус-фактора, исследования крови на RW, ВИЧ , HBS-Ag, HCV-Ag;</li> <li>• уточнить время последнего приема пищи у пациентки, информировать об этом врача;</li> <li>• произвести сухое бритье наружных половых органов и операционного поля;</li> <li>• выпустить мочу катетером и поставить постоянный катетер с фиксацией его на внутренней стороне бедра, и опустить конец в мерный мочеприемник;</li> <li>• пациентку уложить на каталку</li> </ul>	Устранить источник кровотечения

	на половину одеяла с пододеяльником, другой половиной укрыть и направить в большую операционную.	
--	--	--

### **МДК.02.04 Лечение пациентов детского возраста.**

#### **Перечень вопросов к промежуточной аттестации по учебной дисциплине**

#### **МДК 02.01 Лечение пациентов терапевтического профиля**

- 1.Лечение острых и хронических бронхитов.
- 2.ХОБЛ. Эмфизема. Немедикаментозное и медикаментозное лечение.
- 3.Лечение пневмоний. Немедикаментозное , медикаментозное, профилактика.
- 4.Лечение нагноительных заболеваний легких. Абсцесс. . Гангрена.
- 5.Лечение нагноительных заболеваний легких. БЭБ.
- 6.Лечение плевритов, рака легкого. Немедикаментозное , медикаментозное, профилактика.
- 7.Лечение бронхиальной астмы. Принципы лечения в период приступов, в межприступный период. Основные группы лекарственных препаратов, показания, противопоказания к их назначению.
- 8.Дыхательная недостаточность. Принципы оказания неотложной помощи при неотложных состояниях в пульмонологии. Методы патогенетического лечения и профилактики дыхательной недостаточности.
- 9.Лечение ревматизма. Основные группы лекарственных препаратов, показания, противопоказания к их назначению. Профилактика.
- 10.Принципы и методы лечения приобретенных пороков сердца. Основные группы лекарственных препаратов, показания, противопоказания к их назначению.
- 11.Лечение эндокардитов. Тактика фельдшера.
- 12.Лечение миокардитов, кардиомиопатий. Особенности лечение различных видов кардиомиопатий.
- 13.Лечение перикардитов.
- 14.Лечение артериальных гипертензий. Немедикаментозное , медикаментозное, профилактика. Оказание неотложной помощи при гипертензивных кризах. Принципы лечения артериальных гипертензий.
- 15.Лечение атеросклероза Немедикаментозное , медикаментозное, профилактика.
- 16.Лечение ИБС (стенокардии). Основные группы лекарственных препаратов, показания, противопоказания к их назначению. Профилактика.
- 17.Лечение инфаркта миокарда. Лечение осложнений инфаркта миокарда. Принципы лечения инфаркта миокарда на догоспитальном и госпитальном этапах. Основные группы лекарственных препаратов, показания, противопоказания к их назначению. Тактика фельдшера. Показания и противопоказания к транспортировке и госпитализации.

18. Лечение острой сосудистой недостаточности острой и сердечной недостаточности. Неотложная помощь при острой сосудистой недостаточности. Неотложная помощь при острой сердечной недостаточности. Показания и противопоказания к госпитализации.
19. Лечение хронической сердечной недостаточности. Немедикаментозное, медикаментозное, профилактика. Тактика фельдшера при ХСН Показания и противопоказания к госпитализации.
20. Лечение острого и хронического гастритов, немедикаментозное, медикаментозное, профилактика.
21. Лечение язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Схемы лечения. Немедикаментозное, медикаментозное, профилактика.
22. Лечение хронического гепатита. Немедикаментозное, медикаментозное, профилактика.
23. Лечение цирроза печени. Организация ухода за больными. Парацентез. Принципы диетотерапии при циррозах. Принципы медикаментозной терапии циррозов печени.
24. Лечение дискинезий желчевыводящих путей, хронического холецистита. Правила лечебного питания при заболеваниях желчевыделительной системы. Основные группы лекарственных препаратов, показания, противопоказания к их назначению. Купирование приступа желчной колики.
25. Лечение желчнокаменной болезни. Правила лечебного питания при заболеваниях желчевыделительной системы. Основные группы лекарственных препаратов, показания, противопоказания к их назначению. Купирование приступа желчной колики.
26. Лечение синдрома раздраженного кишечника. Организация лечебного питания.
27. Лечение хронического панкреатита. Организация лечебного питания. Основные группы лекарственных препаратов, показания, противопоказания к их назначению
28. Лечение острого диффузного, хронического гломерулонефрита. Принципы диетического питания. Показания к проведению гемодиализа.
29. Лечение острого и хронического пиелонефритов.
30. Лечение мочекаменной болезни. Немедикаментозное, медикаментозное, профилактика. . Оказание медицинской помощи при почечной колике.
31. Лечение хронической почечной недостаточности. Принципы лечения хронической почечной недостаточности. Принципы организации диетического питания.
32. Лечение заболеваний щитовидной железы. Лечение диффузного токсического зоба. Принципы медикаментозной коррекции.
33. Лечение сахарного диабета. Принципы и методы лечения сахарного диабета. Основные группы лекарственных препаратов, показания, противопоказания к их назначению Принципы организации диетического питания.

34. Оказание неотложной помощи при гипергликемической и гипогликемической комах. Принципы организации диетического питания.
35. Лечение лейкозов.
36. Лечение анемий. Железодифицитная, В12-дифицитная. Организация лечебного питания. Основные группы лекарственных препаратов, показания, противопоказания к их назначению
37. Лечение геморрагических диатезов. . Основные группы лекарственных препаратов, показания, противопоказания к их назначению
38. Лечение диффузных болезней соединительной ткани: системной красной волчанки, системной склеродермии.
39. Лечение ревматоидного артрита. Базисная терапия РА.
40. Принципы лечения падагры. Методы медикаментозной коррекции и немедикаментозной терапии.
41. Оказание медицинской помощи при острых аллергозах: крапивнице, ангионевротическом отеке Квинке.
42. Оказание медицинской помощи при анафилактическом шоке. Неотложная помощь при анафилактическом шоке. Выполнение лечебных вмешательств. Контроль пациента, контроль и оценка эффективности лечения. Тактика фельдшера. Показания и противопоказания к госпитализации.
43. Лечение остеопороза. Методы медикаментозной коррекции и немедикаментозной терапии.
44. Лечение заболеваний гипофиза. Гигантизм, карликовость, акромегалия. Принципы медикаментозной коррекции.
45. Лечение эндемического зоба, гипотиреоза. Принципы медикаментозной коррекции и профилактики.
46. Особенности лечения алкогольного гепатита. Принципы организации диетического питания. Медикаментозное лечение, профилактика.
47. Особенности лечения аутоиммунного гепатита. Основные группы препаратов.
48. 5 пар черепно – мозговых нервов, зоны иннервации
49. Шкала ком Глазго, критерии оценки и уровни угнетения сознания
50. Менингеальный синдром , причины , симптомы
51. Физиологические рефлексы конечностей, виды, определение.
52. Стафилококковые поражения кожи: остиофолликулит, фолликулит, фурункул, карбункул, гидраденит.
53. Красная волчанка. Этиопатогенез, клинические формы. Проявления дискоидной красной волчанки, лечение, профилактика.
54. Псориаз (чешуйчатый лишай). Этиопатогенез, клинические формы и их проявления, течение, диагностика, дифференциальная диагностика. Принципы лечения, профилактика рецидивов.
55. Дифференциальная диагностика микроспории и трихофитии. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
56. Методы исследования в оториноларингологии.

57. Основные инструменты в оториноларингологии..
58. Современные методы диагностики хронического тонзиллита.
59. Принципы антибактериальной терапии пневмоний у пожилых пациентов.
60. Бронхиальная астма в пожилом и старческом возрасте. Принципы терапии.
61. Инфаркт миокарда в пожилом и старческом возрасте. Особенности течения у пожилых.
62. Атеросклероз - проблема гериатрии: диагностика, коррекция гиперлипидемий у пожилых.
63. Лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у пожилых пациентов.

### **Перечень вопросов к промежуточной аттестации по учебной дисциплине МДК**

#### **02.02 Лечение пациентов хирургического профиля**

- 1) Определение. Значение асептики в современных условиях.
- 2) Профилактика контактной инфекции. Хирургические инструменты, их предстерилизационная обработка и стерилизация.
- 3) Подготовка рук персонала к операции. Облачение в стерильную одежду. 4) Подготовка операционного поля.
- 5) Основные этапы развития общего обезболивания и местной анестезии.
- 6) Общее обезболивание (наркоз). Механизм действия общих анестетиков на организм
- 7) Клиническое течение наркоза. Масочный наркоз. Эндотрахеальный наркоз. Внутривенный наркоз. Показания, противопоказания. Осложнения и борьба с ними.
- 8) Компоненты крови (эритроцитная, лейкоцитная, тромбоцитная масса, плазма), препараты крови, их характеристики.
- 9) Источники получения крови и ее компонентов (донорство, группы доноров).
- 10) Методы и техника трансфузий. Посттрансфузионные реакции и осложнения. Методы профилактики и лечения.
- 11) Предоперационный период. Обследование больного. Подготовка органов и систем больного к операции. Профилактика эндогенной инфекции. Особенности подготовки к экстренным операциям.
- 12) Послеоперационный период. Неосложненный послеоперационный период. Характеристика неосложненного послеоперационного периода. Уход и наблюдение за больным. Осложнения послеоперационного периода.
- 13) Классификация ран. Морфологические и биохимические изменения в ране.
- 14) Электротравма. Механизм действия электрического тока на организм. Местные и общие проявления. Первая помощь и лечение.

- 15) Отморожения. Классификация. Современные взгляды на патогенез отморожения. Степени отморожений. Симптомы в дореактивном и реактивном периодах. Первая помощь. Лечение.
- 16) Острые гнойные заболевания кожи и подкожной клетчатки (фурункул, карбункул, абсцесс, флегмона), железистых органов (гидраденит, паротит, мастит). Этиология, клиника, диагностика, лечение.
- 17) Острые гнойные заболевания пальцев и кисти (панариций). Этиология, клиника, диагностика, лечение.
- 18) Острые гнойные заболевания, серозных (плеврит, перитонит) оболочек. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
- 19) Анаэробная инфекция мягких тканей. Возбудители. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
- 20) Остеомиелит (гематогенный и негематогенный). Этиопатогенез, клинические проявления, диагностика, принципы лечения.
- 21) Общая гнойная инфекция (сепсис). Классификация, этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение (местное, общее). Бактериально-септический (эндотоксический) шок.
- 22) Острая специфическая хирургическая инфекция. Анаэробная клостридиальная инфекция (газовая гангрена). Возбудители, патологоанатомическая картина, клиника, лечение, профилактика.
- 23) Столбняк. Этиология и патогенез, симптоматология, течение, лечение, профилактика.
- 24) Некрозы. Гангрены: сухая гангрена, влажная гангрена. Пролежни. Язвы. Свищи. Классификация, клиническая картина, диагностика, лечение.
- 25) Дифференциальная диагностика, особенности аппендицита у детей, стариков, беременных.
- 26) Химические ожоги пищевода:
- 27) Острая почечная недостаточность: причины, клиника, лечение.
- 28) Хроническая почечная недостаточность: этиопатогенез, стадии, способы лечения.
- 29) Острая задержка мочеиспускания: первая помощь. Виды катетеров, правила катетеризации мочевого пузыря у мужчин и женщин.
- 30) Гематурия: виды гематурии, причины возникновения, диагностическая и лечебная тактика врача.
- 31) Острый пиелонефрит - первичный и вторичный. Клиника. Диагностика.
- 32) Лечение в зависимости от вида пиелонефрита. Осложнения острого пиелонефрита.
- 33) Хронический пиелонефрит: этиопатогенез, диагностика, стадии, лечение. Критерии эффективности диспансерного наблюдения.
- 34) Мочекаменная болезнь: этиопатогенез. Камни почек, мочеточника, мочевого пузыря: клиника, диагностика, современные методы лечения.
- 35) Травмы органов мочеполовой системы: классификация, клиника, диагностика, методы лечения.
- 36) Травмы живота. Виды травм. Лечение.



Субдуральная и эпидуральная гематомы. Дифференциальная диагностика, лечение.

37) Виды ЧМТ. Степени тяжести. Лечение.

38) Абсцесс легкого. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

39) Острый гнойный плеврит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение

40) Гнойный медиастинит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

41) Виды кровотечений. Клиника острой кровопотери. Первая помощь, лечение

42) Тромбофлебит. Этиология. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.

Дифференциальная диагностика облитерирующего атеросклероза и эндартериита

43) Кишечная непроходимость. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

44) Техника плевральной пункции

45) Виды грыж. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

46) Десмургия. Правила наложения повязок. Виды повязок.

Демонстрация наложения повязки : Дезо, Вельпо, колосовидная на плечевой сустав.

47) Десмургия. Правила наложения повязок. Виды повязок.

Демонстрация наложения повязки : Чепец, уздечка, шапка Гиппократы.

48) Десмургия. Правила наложения повязок. Виды повязок.

Демонстрация наложения повязки : черепашья , перчатка , на один глаз, ухо.

49) Синдром длительного сдавления. Этиология, клиника, лечение.

50) Травматический шок. Этиология, клиника, лечение.

51) Иммобилизации. Виды шин. Техника наложения шин. Техника наложения гипсовой лангеты.

52) Современные методы лечения и диагностики злокачественных новообразований

53) Классификация доброкачественных и злокачественных опухолей.

54) Классификация травм. Переломы, вывихи, растяжения, разрывы. Методы диагностики и лечения.

55) ПХО раны, наложение хирургического шва.

### **Перечень вопросов к промежуточной аттестации 02.03 Оказание акушерско гинекологической помощи**

1. Физиологические роды. Определение. Предвестники родов. Периоды родов. Продолжительность родов

2. Течение и ведение I и II периодов родов. Первичный туалет новорожденных.

3. Течение и ведение III периода родов

4. Течение нормального послеродового периода.

5. Преэклампсия. Эклампсия. Клиника и неотложная помощь
6. Ранний токсикоз. Классификация. Клиника. Лечение
7. Беременность и заболевания почек.
8. Беременность и сахарный диабет.
9. Беременность и анемия
10. Невынашивание беременности. Определение. Классификация. Причины. Клиника. Тактика
11. Преждевременные роды. Определение. Классификация. Клиника. Тактика
12. Тактика ведения родов при переношенной беременности. Осложнения.
13. Предлежание плаценты. Определение. Классификация. Причины. Клиника. Диагностика. Тактика.
14. ПОНРП. Классификация. Причины. Клиника. Диагностика. Лечение.
15. Кровотечение в послеродовом периоде: причины, меры помощи
16. Кровотечение в раннем послеродовом периоде: причины, меры помощи
17. Тазовое предлежание. Определение. Классификация. Причины. Диагностика тазового предлежания
18. Особенности ведения беременных и родов при тазовом предлежании. Тактика.
19. Особенности течения и ведения беременности и родов при многоплодии. Осложнения при многоплодной беременности
20. Разгибательное вставление головки: степени, диагностика, особенности течения и ведения родов
21. Разрыв промежности: причины, степени, клиника, диагностика, тактика
22. Разрыв матки: причины, классификация, клиника, неотложная помощь
23. Аномалии родовой деятельности: классификация, этиология.
24. Первичная слабость родовых сил: клиника, диагностика, тактика
25. Вторичная слабость родовых сил: клиника, диагностика, тактика
26. Дискоординированная родовая деятельность: клиника, диагностика, тактика
27. Чрезмерно-сильная родовая деятельность: клиника, диагностика, тактика
28. Анатомический узкий таз: причины, классификация, особенности течения родов
29. Аменорея: классификация, причины, клиника
30. Послеродовые септические заболевания: причины, классификация
31. Послеродовый эндометрит и сальпингоофорит: клиника, диагностика, лечение
32. Послеродовый параметрит и пельвиоперитонит: клиника, диагностика, лечение
33. Лактационный мастит. Причины. Клиника. Лечение
34. Внематочная беременность: клиника, диагностика, первая помощь
35. Аномалии развития матки: виды, диагностика, лечение
36. Кандидоз: клиника, лечение
37. Воспалительные заболевания женских половых органов: виды, возбудители, пути распространения инфекции, классификация
38. Гонорея: общая симптоматика, критерии излеченности

39. Лейомиома: классификация, клиника, тактика
40. Эндометриоз: причины, классификация, диагностика, общие принципы лечения
41. Опухоли яичников: классификация, характеристика, принципы лечения
42. Кисты яичников. Классификация, принципы лечения
43. Амниотомия: показания, противопоказания, осложнения
44. Эпизиотомия: показания, противопоказания, осложнения, виды
45. Ручное обследование полости матки: показания, противопоказания, осложнения
46. Аномальные маточные кровотечения: причины, клиника, первая помощь
47. Миома матки. Классификация. Клиника, диагностика, лечение
48. Женское бесплодие: причины, диагностика
49. 1 период родов: течение и ведение
50. 2 период родов: течение и ведение
51. 3 период родов: течение и ведение
52. Трубная беременность: разрыв трубы, клиника, диагностика. Неотложная помощь
53. Классификация, причины, клиника предлежаний плаценты
54. Апоплексия яичника: клиника, диагностика, неотложная помощь
55. Перекрут ножки опухоли: причины, клиника, диагностика, тактика
56. Классификация, причины, клиника, первая помощь при ПОНРП
57. Острый живот в гинекологии: классификация, причины, общая симптоматика, неотложная помощь
58. Инвазивные методы исследования в гинекологии  
. Показания, противопоказания, осложнения
59. Классификация, причины и диагностика тазовых предлежаний плода
60. Аномалии развития женских половых органов: классификация, причины, тактика

**Перечень вопросов к промежуточной аттестации  
МДК 02.04 Лечение пациентов детского возраста**

1. Асфиксия новорожденных. Этиология. Классификация. Реанимация новорожденных.
2. НП при ларингоспазме, при судорогах.
3. Сепсис новорожденного. Этиология. Классификация. Принципы лечения.
4. ГБН. Этиология. Классификация. Принципы лечения.
5. Аномалии конституции у детей. Клиника экссудативно-катарального диатеза, принципы лечения.
6. НП при стенозирующем ларинготрахеите.
7. Гипотрофия. Этиология. Классификация. Клиника. Принципы лечения.
8. Конъюнктивит, дакриоцистит у детей. Клиника. Лечение.
9. Омфалиты. Этиология. Классификация. Принципы лечения.
10. Рахит. Этиология. Классификация. Клиника, лечение.
11. Спазмофилия. Этиология. Клиника. Принципы лечения.

12. Гипервитаминоз D. Этиология. Клиника. Принципы лечения.
13. Болезни верхних дыхательных путей. Назофарингит. Этиология. Клиника. Лечение.
14. Стенозирующий ларинготрахеит. Этиология. Клиника. Лечение.
15. Острый бронхит у детей. Клиника. лечение.
16. Пневмония. Этиология. Классификация. Клиника. Принципы лечения.
17. Бронхиальная астма. Этиология. Клиника. Принципы лечения.
18. Обструктивный бронхит. Клиника. Диагностика.
19. Язвенная болезнь желудка. Этиология. Клиника. Принципы лечения.
20. Дискинезии желчевыводящих путей у детей. Классификация. Клиника. Принципы профилактики и лечения.
21. Гемофилия. Наследование. Клиника. Лечение.
22. Тромбоцитопеническая пурпура. Классификация. Клиника. Лечение.
23. Анемия. Этиология. Классификация. Клиника. Принципы лечения железодефицитной анемии.
24. Геморрагический васкулит у детей. Этиология. Клиника. Лечение.
25. Цистит. Этиология. Клиника. Лечение.
26. Пиелонефрит. Особенности течения у детей. Принципы лечения.
27. Гломерулонефрит у детей. Этиология. Клинические синдромы. Принципы лечения.
28. Сахарный диабет у детей. Этиология. Клиника. Принципы лечения.
29. Сахарный диабет. Диагностика. Осложнения. Профилактика.
30. Аллергические заболевания. Этиология. Классификация. Клиника. Принципы лечения.
31. Острые кишечные инфекции.
32. Ветряная оспа. Этиология. Клиника. Лечение. Профилактика.
33. Эпидемический паротит. Этиология. Клиника. Лечение. Осложнения. Профилактика.
34. Коклюш. Этиология. Клиника. Лечение. Профилактика.
35. Дифтерия ротоглотки. Этиология. Классификация. Клиника. Лечение. Осложнения. Профилактика.
36. Скарлатина. Этиология. Клиника. Лечение. Осложнения. Профилактика.
37. Корь. Этиология. Клиника. Лечение. Осложнения. Профилактика.
38. Полиомиелит. Этиология. Клиника. Лечение. Осложнения. Профилактика.
39. Менингококковая инфекция. Этиология. Клиника. Классификация. Лечение менингококкового назофарингита.
40. Аномалии конституции у детей. Лимфатико-гипопластический диатез.
41. Аномалии конституции у детей. Нервно-артритический диатез.
42. Рахит. Этиология. Классификация. Клиника, профилактика.
43. Дифтерия гортани. Этиология. Клиника. Лечение. Осложнения. Профилактика.
44. Менингококковая менингококкемия. Клиника. Классификация. Лечение. Осложнения. Профилактика.
45. Менингококковый менингит. Клиника. Лечение.

46. Гипотиреоз. Диагностика. Клиника. Лечение.
47. Неревматический кардит. Этиология. Классификация. Клиника. Лечение.
48. ВПС классификация. ДМПП. Лечение.
49. ВПС классификация. Функционирующий Боталлов проток. Лечение.
50. ВПС классификация. Тетрада Фалло. Лечение.
51. Гельминтозы. Энтеробиоз. Клиника. Лечение.
52. Гельминтозы. Аскаридоз. Клиника. Лечение.
53. Туберкулёз. Классификация. Лечение. Профилактика.
54. Гепатит А. Клиника. Лечение. Профилактика.
55. Гепатит В. Клиника. Лечение. Профилактика.
56. Краснуха. Клиника. Лечение. Профилактика. Осложнения.
57. ОРВИ. Этиология. Клиника. Лечение.
58. Вакцинация. Противопоказания к вакцинации.
59. НП при анафилактическом шоке и при ларингоспазме.
60. НП при остановке дыхательной и сердечной деятельности.

### **Ситуационные задачи к промежуточной аттестации по учебной дисциплине «ПМ 2 Лечебная деятельность»**

МДК.02.01 Лечение пациентов терапевтического профиля

#### **Билет № 1**

Больной Ф., 42 лет, учитель физвоспитания, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на головокружение, обмороки при быстрой ходьбе, одышку, перебои. Больным себя считает в течение 5 лет, когда впервые стали появляться боли в области сердца, не связанные с физической нагрузкой, длительностью более 1 часа, перебои, периодически головокружение. Был диагностирован митральный порок сердца. Объективно: состояние удовлетворительное. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1 см кнаружи от края грудины, верхняя - во II межреберье, левая - по передней аксиллярной линии. Тоны сердца звучные, выслушивается довольно грубый систолический шум с максимумом на верхушке. ЭКГ - ритм синусовый, ЧСС – 92 в 1 мин., горизонтальное положение электрической оси сердца. ЭхоКГ - систолическое движение передней створки митрального клапана вперед, утолщена межжелудочковая перегородка.

Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента .

#### **Билет № 2**

Больной С., 52 лет, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на жгучие боли за грудиной, иррадиирующие в челюсть и левую лопатку. Заболел остро 2 часа назад, когда впервые появились боли за грудиной, боли постепенно усиливались и ничем не купировались. Ранее страдал хроническим холециститом, остеохондрозом. Объективно: общее состояние больного тяжелое, больной мечется, маска ужаса на лице. Кожные покровы бледные, холодные, повышенной влажности. В легких дыхание везикулярное. Сердце - тоны приглушены, левая граница на 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии. ЧСС - 55 ударов в 1 мин., АД 80/40 мм рт.ст. Печень не увеличена. Сделана ЭКГ - в III, II, aVF отведениях - монофазная кривая.

Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента

#### **Билет № 3**

На медосмотре у водителя И., 30 лет, обнаружено повышенное АД. Больного ничего не беспокоит. Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. ЧСС - 72 в мин., АД - 180/120 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Справа от средней линии живота, выше пупка выслушивается систолический шум.

Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.

Билет № 4

Больная К., 39 лет, машинист, поступила в клинику с жалобами на появление приступов, сопровождающихся жгучими головными болями, сердцебиением, дрожью, полиурией. 67. Подобные приступы беспокоят в течение 1,5 лет. Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, покрыты холодным потом, заметны пиломоторные реакции (гусиная кожа). В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичны, ЧСС - 120 в мин., АД 190/110 мм рт.ст. В крови: Нв - 120 г/л, л. -  $12 \cdot 10^9$  /л, СОЭ - 10 мм/ч, сахар крови - 7,2 ммоль/л. Ванилилминдальная кислота в суточной моче 52,6 мкмоль/сут.

Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента

Билет № 5

Больная П., 25 лет, разнорабочая, поступила в клинику с жалобами на боли в затылочной области. Впервые повышение АД обнаружено 3 года назад, раньше АД не измерялось. Объективно: состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 80 уд. в мин., АД 160/110 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, почки не пальпируются. Синдром Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Отеков нет. Общий анализ крови: Нв - 130 г/л, эр. -  $4 \cdot 10^{12}$  /л, л. -  $6 \cdot 10^9$  /л, п/я - 3%, с/я - 57%, э. - 2%, м. - 3%, л. - 35%, СОЭ - 12 мм/час. Общий анализ мочи: уд. вес 1012, белка нет, лейкоц. 1-2 в поле зрения, эритроциты отсутствуют. Креатинин крови 0,088 ммоль/л. Внутривенная урография - почки обычно расположены, размеры не изменены, полостная система не деформирована, отмечается запаздывание контрастирования правой почки.

Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента

Билет № 6

Больная Е, 72 года, поступила в кардиологическое отделение с жалобами на одышку при ходьбе по ровному месту на расстояние 100 м и подъеме на один лестничный пролет, слабость, утомляемость, сердцебиение, боли и тяжесть в области правого подреберья, отеки голеней и стоп, плохой сон. Объективно: состояние средней тяжести. Рост 155 см, вес 102 кг. Акроцианоз, отеки голеней и стоп. Грудная клетка конической формы, симметричная. ЧДД 18 в мин. При аускультации над легкими определяется жесткое дыхание, сухие и незвучные хрипы, крепитация. Границы относительной тупости сердца: правая – правый край грудины, левая – в 5 межреберье 2,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя – верхний край 3 ребра. При аускультации сердца тоны приглушены, выслушивается акцент второго тона во 2 межреберье справа от грудины, шумы. Ритм сердца нарушен – мерцательная аритмия. ЧСС 300 в мин. АД 180/100 мм рт.ст. При пальпации печень плотная, малоболезненная, с ровной поверхностью, увеличена, выступает на 3 см из под края реберной дуги, край ее заостренный. Окружность живота 120 см – асцит. 6-минутный тест ходьбы – 150 метров. Из анамнеза известно, что около 22 лет страдает гипертонической болезнью с максимальными подъемами цифр АД до 220/110 мм рт.ст. Регулярного лечения не получает. Страдает сахарным диабетом 2 типа. ОАК – лейкоциты  $7,4 \cdot 10^9$  /л, СОЭ 14 мм/ч., ОАМ – реакция кислая, белок 0,075 мг/сут.,

БАК – уровень холестерина 8,3 ммоль/л, глюкоза 7,8 ммоль/л. ЭКГ – отсутствие зубца Р, наличие беспорядочных мелких волн f, неправильный желудочковый ритм

Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента

#### Билет № 7

Больной К., 40 лет, доставлен машиной "скорой помощи" с приступом интенсивных болей в левой половине грудной клетки, колющего, давящего характера, продолжающиеся более 30 мин., сердцебиение ("Сердце выскакивает из груди"), резкую слабость, беспокойство, одышку. Из анамнеза выяснено, что заболел несколько дней назад после стрессовой ситуации (поссорился с родственниками), когда появилась слабость, недомогание, разбитость, бессонница, ухудшилось настроение, появилось чувство тревоги, боль в области сердца, затем присоединились вышеописанные приступы. Дважды за последние сутки наблюдались аналогичные приступы, которые купировались самостоятельно. Из анамнеза жизни: наследственность не отягощена. Больной страдает радикулитом, полгода назад лечился в неврологическом отделении по поводу неврита лучевого нерва. Курит - до 1 пачки в день. Алкоголь употребляет «по праздникам», неделю назад в большом количестве - на свадьбе. Объективно: состояние средней тяжести, больной возбужден, мечется по комнате, просит срочно оказать ему помощь. Кожные покровы гиперемированы, влажные, стойкий красный дермографизм, инъекция сосудов склер, на крыльях носа телеангиоэктазии. На коже грудной клетки багрово- синюшные кровоизлияния, рубец от торокотомии ("Ножевое ранение 2 года назад"). В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД - 22 в 1 мин. Тоны сердца аритмичные, резко учащены до 140 в 1 мин., пульс слабого наполнения, дефицит пульса - 15. АД - 110/90 мм рт.ст. Живот мягкий, печень плотная, выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Отеков нет. В позе Ромберга устойчив, дрожание кистей.

Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.

#### Билет № 8

Больная В., 50 лет, доставлена на ФАП с жалобами на головную боль, высокую температуру, резкую колющую боль в правой половине грудной клетки, усиливающуюся при кашле, одышку, кашель с мокротой ржавого цвета. Заболевание началось остро, после переохлаждения. Больна 2-й день. Объективно: температура 39,4°C. Общее состояние тяжелое. Лицо гиперемировано, на губах определяются герпетические высыпания. ЧДД 28 в мин. При осмотре правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании, при пальпации голосовое дрожание справа усилено, при перкуссии слева над нижней долей определяется притупление звука, при аускультации справа над нижней долей дыхание ослабленное, везикулярное, определяется крепитация. Тоны сердца приглушены, пульс 110 уд/мин., ритмичный, АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента

#### Билет № 9

Больной К., 28 лет, шахтер, придя с работы, внезапно почувствовал озноб, затем повышение температуры до 39°C, общую слабость, головную боль, боль в правом подреберье на высоте вдоха и сухой кашель. Аспирин, малиновый чай не принесли облегчения. К утру появилась скудная слизистая мокрота ржавого цвета. При осмотре: блеск глаз, цианоз губ и носогубного треугольника. На верхней губе рта - герпес. Правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. Перкуторно справа, ниже угла лопатки легочный звук притуплен, на остальном протяжении - легочный. Дыхание в зоне притупления жесткое, а голосовое дрожание - усиленное. На высоте вдоха справа над IX,X - выслушивается крепитация, по аксиллярным линиям - шум трения плевры. ЧДД 42 в

мин., Тоны сердца звучные. АД 100/50 мм рт.ст. ЧСС 120 в мин. Язык сухой и покрыт серым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Анализ крови: Нв 150 г/л, эр.  $5,5 \cdot 10^{12}/л$ , ц.п. 0,9, лейкоц.  $25,2 \cdot 10^9 /л$ , э - 4%, п/я - 12%, с/я - 52%, л - 24%, м - 8%, СОЭ - 47 мм/час. Анализ мочи: уд. вес 1028, белки 0,033%, микроскопия осадка: в поле зрения лейкоц. 2-4, эр. 0-1, гиалиновые цилиндры 0-1. На рентгенограмме органов грудной клетки в день поступления: обнаружено гомогенное интенсивное затемнение в области нижней доли правого легкого. Правый корень расширен. Правый купол диафрагмы ограничен в подвижности. Левое легкое и его корень без патологических изменений. Пульсация сердца учащена, границы его не изменены.

Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента

#### Билет № 10

Больной В., 45 лет, водитель, предъявляет жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке, кашель с кровянистой мокротой, боль в грудной клетке слева, связанную с дыханием. Заболел остро: 2 дня назад внезапно появились сильные боли в грудной клетке, одышка, день назад повысилась температура. При объективном обследовании: температура тела  $37,5^{\circ}$ , цианоз губ и кончиков пальцев, набухание шейных вен. Дыхание справа везикулярное. Слева дыхание жесткое, голосовое дрожание усиленное, по передне-подмышечной линии - шум трения плевры. ЧДД - 35 в мин. Тоны сердца учащены, ритмичны, акцент II тона - на легочной артерии. ЧСС - 126 уд. в мин. АД - 90/60 мм рт.ст. Правая голень отечна, болезненна при пальпации. При дополнительном исследовании: рентгенограмма грудной клетки - слева в 2/3 легочного поля в инфильтративное затемнение с нечеткими контурами. ЭКГ: синусовая тахикардия, синдром QIII, высокий зубец R во II, III стандартных отведениях, Qv1-v2 смещение сегмента ST ниже изолинии в V1-V2. Анализ крови общий: эр. -  $4,3 \cdot 10^{12}$ , лейкоц. -  $9,8 \cdot 10^9$ , п - 5%, с - 65%, л - 25%, э - 3%, б - 2%, СОЭ - 21 мм/час.

Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента

#### Билет № 11

Больной С., 58 лет, работник автобензоколонки, предъявил жалобы на хроническую крапивницу, непереносимость аналгина, стрептомицина, новокаина, резерпина, гастропепина, многих продуктов питания, на слабость, горечь во рту по утрам, низкое АД. Болен около 5 лет, когда стал беспокоить кожный зуд в межлопаточной области. Последние 3 года периодически появлялись волдырные высыпания - обильные сливные, неправильной формы и значительных размеров («лепешки с ладонь»), отек губ. Высыпания появлялись без внешней причины или на фоне медикаментозного лечения язвенной болезни 12-перстной кишки, головных болей, бронхита. Слабость утрами, горечь во рту отмечает лет 10. Перенес сывороточный гепатит в 38-летнем возрасте. В последний год 6 раз наблюдался рецидив крапивницы на многие продукты. Объективно: склеры и слизистая мягкого неба иктеричны. По всей поверхности тела огромных размеров сливные волдырные высыпания, отек губ, кистей. На коже груди - несколько печеночных звездочек и большое количество брусничных пятен. В надлопаточной области линейные рубчики - следы расчесов. Ладони гиперемированы. Дыхание везикулярное, перкуторно-легочный звук. АД 100/60 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Нижний край печени острый, выступает на 2 см, безболезненный, плотной консистенции. Левая доля ее увеличена. Симптом Ортнера положительный. Анализы крови и мочи без особенностей. УЗС: печень выступает на 2-3 см, эхогенность ее неравномерна. Желчный пузырь, селезенка нормальных размеров. Vena portae 1,3 см. Поджелудочная железа повышенной эхогенности. Билирубин - 28 ммоль/л, прямой - 8 ммоль/л.



Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.

Билет № 12

Больной В., 40 лет, плотник, в связи с карбункулом области шеи направлен хирургом в процедурный кабинет поликлиники на инъекцию пенициллина и стрептомицина, которые были выполнены. На улице больной почувствовал слабость, зуд кожных покровов, удушье, головокружение, вернулся в процедурный кабинет и потерял сознание. При осмотре была обнаружена волдырная сыпь по всему телу. АД - 60/40 мм рт.ст. ЧСС - 110 уд/мин. В легких сухие свистящие хрипы. Живот мягкий, болезненный при пальпации в правом подреберье. Симптом Орнтера слабо положительный. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента

Билет № 13

Больной М., 28 лет, учитель сельской школы, пожаловался на слезотечение, чихание, обильную ринорею на протяжении последних 5 лет, которые обычно развиваются в летние месяцы (май, июнь, июль). У матери - бронхиальная астма. Объективно от 20 июня: кожные покровы чистые. Дыхание через нос затруднено. Слизистая носа бледная, отечная. Дыхание везикулярное. При форсированном дыхании единичные сухие хрипы с обеих сторон ниже углов лопатки. ЧСС - 76 в мин. АД - 130/60 мм рт.ст. Сердечные тоны ясные. Живот мягкий, безболезненный. Анализ крови: Нв - 125 г/л, лейкоц. - 5,6109 /л, э - 3%, с/я - 72, л - 20, м - 4. СОЭ - 12 мм/ч. Цитология секрета носового - до 10-12 эозинофилов в п/зр. и слущенный кубический эпителий.

Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента

Билет № 14

Больной Б., 32 лет, шофер, поступил в стационар с жалобами на боли в эпигастральной области, появляющиеся через 2 часа после приема пищи, рвоту, приносящую облегчение, похудание, потливость, слабость. Из анамнеза установлено, что больной страдает гастритом с повышенной кислотообразующей функцией в течение 6 лет. Ухудшение состояния в весенние и осенние периоды, 1-2 раза в год последние два года. Объективно: больной пониженного питания, кожные покровы влажные бледные. Язык обложен сероватым налетом. В легких: дыхание везикулярное. При аускультации сердца - тоны ясные, ритмичные, ЧСС 70 в минуту, АД - 110/60 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастральной области, справа точечно возле пупка. Рентгенологически выявляется симптом "пальца" и деформация луковицы двенадцатиперстной кишки.

Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента

Билет № 15

Больная К., 19 лет, студентка, поступила в приемное отделение с жалобами на повышение температуры тела до 39°C, боли в суставах и мышцах, боли в правом подреберье тупого характера, тошноту, слабость, анорексию, желтуху с выраженным кожным зудом, носовые кровотечения до 3-4 раз в сутки. Из анамнеза выяснено, что 4 месяца назад после ОРЗ сохранился субфебрилитет, появилась слабость, сонливость, анорексия, интенсивная желтуха. Была госпитализирована в инфекционную больницу с диагнозом "Острый вирусный гепатит" (ОВГ). На фоне проводимого лечения и диеты состояние улучшилось, нормализовалась температура тела, желтуха уменьшилась, но оставались резко измененными осадочные пробы и повышение СОЭ до 50 мм/час. В течение последующих месяцев состояние больной оставалось удовлетворительным, сохранялась субиктеричность склер. Вышеперечисленные жалобы появились 2 дня назад. Объективно: состояние тяжелое, сознание ясное, положение в постели активное. 78 Интенсивная желтушность кожи и слизистых. Эритема лица. Петехиальная сыпь на конечностях, "сосудистые звездочки", "печеночные ладони". Дефигурация коленных суставов за счет

отечности периартикулярных тканей. Дыхательная система без особенностей. Сердце - тоны приглушены, тахикардия 96-100 в мин. АД 100/60 мм рт.ст. Перкуторно увеличение размеров печени по Курлову: I-25 см, II-20 см, III-14 см. Край печени пальпируется на 15 см ниже реберной дуги по правой среднеключичной линии, ровный, плотноватой консистенции, резко болезненный. Пальпируется увеличенная селезенка, до 5-7 см из-под левой реберной дуги, слабо болезненная. Кал ахоличный, моча темная. Анализ крови: эр.- 2,91012/л, Нв-90 г/л, ц.п.-0,9, п-2,5109 /л, эоз-1%, п/я-7, с/я- 47, баз.-0, лимф.-45, СОЭ 60 мм/час. Сахар крови - 5,5 ммоль/л, АЛАТ - 110 ед., АСАТ - 90 ед., тимоловая проба - 10 ед., СРБ +++. Анализ мочи: кол-во 100 мл, цвет с/ж, реакция - кислая, уд.вес 1008, белок - 0,033 г/л, эр. 1-2-1 в п/зр., лейкоц. 1-3-1 в п/зр. Электрофорез белков: общий белок 57 г/л, альбумины - 40%, а<sub>1</sub> - 40%, а<sub>2</sub> - 16%, р - 8%, у - 32%. Общий билирубин - 120 мкмоль/л, прямой - 110 ед.

Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента

Билет № 16

Больной 54 лет, разнорабочий, страдает хроническим алкоголизмом, обратился к врачу по поводу болей в эпигастриальной области, которые несколько уменьшаются в коленнолоктевом положении, задержки отхождения газов, слабости. Впервые боли появились 4 года назад, не лечился. За последнее время похудел на 3 кг. При осмотре: рост 180 см, вес 54 кг. Кожные покровы тела покрыты пятнами Воячека. Язык обложен белым налетом. Пальпаторно определяется болезненность в эпигастриальной области. Стул темный, разжиженный, плохо смывается. Анализ крови: эр. - 4,81012/л, Нв - 120 г/л, ЦП - 1,0, лейкоц. - 9,4\*10<sup>9</sup>, СОЭ - 30 мм/час.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента

Билет №17

К., 63 лет, жалуется на слабость, потливость, увеличение всех групп периферических лимфоузлов. Из анамнеза: впервые стал отмечать увеличение лимфоузлов 4 года назад, других жалоб не было. Обратился к врачу по месту жительства, который направил его на консультацию к гематологу. В то время уровень лейкоцитов в анализах крови был 45-10%, п 4, с 10, л 76, м 9, б 1, Нв - 140 г/л, эр. - 4,5-1012/л, ц.п.= 0,9. СОЭ - 15 мм/час. Учитывая общее удовлетворительное состояние и невысокий лейкоцитоз, цитостатическая терапия не была назначена. Рекомендовано было явиться к гематологу через 3 месяца. Однако пациент вновь обратился к врачу только через 4 года, когда отметил значительную потливость, прогрессирующую слабость в течение последнего года и быстрый рост лимфоузлов. В течение последнего года дважды болел правосторонней нижнедолевой пневмонией. Объективно: состояние средней тяжести. Кожа бледная. Питание удовлетворительное. Лимфоузлы шейные, подмышечные, паховые размером до 3-5 см, мягкие, подвижные, 80 безболезненные. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс 80 в минуту. В легких в н/о справа ослабленное везикулярное дыхание. Живот мягкий, печень не увеличена, селезенка выступает на 4 см из-под реберной дуги, плотная. В крови: Нв - 100 г/л, эр. - 3,1\*1012/л, ц.п. = 0,9, тромбоц. - 186\*10<sup>9</sup> /л, лейкоц. - 150\*10<sup>9</sup> /л, э - 1%, с - 4%, л - 90%, б - 2%, м - 3%. В моче патологии не выявлено.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента

Билет №18

Больная П., 46 лет, учитель, поступила в клинику с жалобами на слабость, утомляемость, одышку, сердцебиение, боль в ногах при ходьбе, тошноту, неустойчивый стул. Из анамнеза: 6 лет назад произведена резекция 2/3 желудка по поводу язвенной болезни. Объективно: кожные покровы бледные с желтушным оттенком, склеры иктеричны. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны приглушены, ритмичны. ЧСС - 96 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Анализ крови: Нв - 70 г/л, эр. -  $1,5 \cdot 10^{12}/л$ , ретикулоциты - 0,3%, тромбоциты - 60-109, 81 лейкоц. - 3109, СОЭ - 28 мм/час, э - 1%, п - 4%, с - 40%, м - 4%, л - 51%, ц.п. = 1,4.

Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.

#### Билет №19

Больной С., 20 лет, студент, поступил в клинику с жалобами на обильное носовое кровотечение после удара по спинке носа. Из анамнеза известно, что носовое кровотечение с 2-х летнего возраста, возникающее после удара. У племянника (сына родной сестры) также отмечается повышенная кровоточивость при порезах, ударах. Объективно: бледность кожных покровов и слизистых, на спинке носа и вокруг левого глаза обширный кровоподтек. Анализ крови: эр. -  $2,9 \cdot 10^{12}/л$ , Нв - 74 г/л, ретикулоциты - 1,8%, тромбоциты -  $180 \cdot 10^9/л$ , лейкоц. -  $10,7 \cdot 10^9/л$ , э - 2%, п - 6%, с - 72%, л - 17%, м - 3%, СОЭ - 22 мм/час. Длительность кровотечения - 4 мин., ретракция кровяного сгустка - 32%, время свертывания: начало 8' 15", а конец - 15', фибриноген - 4 г/л.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.

#### Билет №20

Больная Б., 40 лет, воспитатель, поступила в клинику с жалобами на слабость, быструю утомляемость, выпадение волос, ломкость ногтей. Из анамнеза: месячные обильные по 7 дней с 13 лет. Объективно: состояние средней тяжести, сухость кожи и бледность кожных покровов. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, систолический шум не верхушке. ЧСС - 98 уд. в мин. АД - 100/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Анализ крови: Нв - 60 г/л, эр. -  $2,5 \cdot 10^{12}/л$ , ц.п. = 0,7, лейкоц. -  $6 \cdot 10^9/л$ , п - 3%, с - 60%, э - 1%, б - 1%, л - 35%, СОЭ - 19 мм/час, тромбоциты -  $180 \cdot 10^9/л$ .

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента

#### Билет №21

Больная Н., 22 года, товаровед, поступила в клинику с жалобами на слабость, потливость, ознобы, повышение температуры, боли в поясничной области, больше и чаще справа с иррадиацией в наружные половые органы. Частое болезненное мочеиспускание, отеки под глазами по утрам, моча последний месяц мутная, иногда бурая, с хлопьями. Заболела год назад после сильного переохлаждения, когда появились аналогичные боли в поясничной области, изменился цвет мочи. Принимала отвары трав. 3 дня назад было охлаждение. Объективно: состояние удовлетворительное, температура  $37,8^{\circ}$ . Кожные покровы влажные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, чистые, 88 уд. в мин. АД - 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, участвует в дыхании. Печень и селезенка не увеличены. Пальпируется болезненный нижний полюс правой почки. Симптом Пастернацкого (+) справа. В крови: Нв - 120 г/л, лейкоц. -  $13 \cdot 10^9$ , п - 5, с - 73, л - 15, м - 5, э

- 2, СОЭ -I 28 мм/час. Общий белок - 70 г/л, мочевины крови - 5,8 ммоль/л, креатинин крови 0,08 мм/л в 1 мл мочи. В моче: Б - 0,13 г/л, по Нечипоренко л - 15120, э - 500.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.

#### Билет №22

Больной Л., 45 лет, поступил с жалобами на головную боль, общую слабость, сонливость днем, бессонницу ночью, носовые кровотечения, жажду, тошноту в утренние часы, иногда - рвоту. Указанные явления появились около полутора месяцев назад. Ранее больным себя не считал, не обследовался. Возникавшие иногда боли в поясничной области связывал с физической нагрузкой, а появление одутловатости лица по утрам - с употреблением соленой пищи накануне. В анамнезе частые ангины. Около полугода отмечает жажду и полиурию. При объективном исследовании: состояние средней тяжести. Кожные покровы резко бледные, желтовато-землистой окраски, сухие со следами расчесов. В легких: дыхание везикулярное, жесткое. Тоны сердца ритмичные, приглушенные, акцент II тона на аорте, АД - 230/130 мм рт.ст. Пульс 75 уд. в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Пальпация области почек безболезненна. Синдром Пастернацкого отрицательный с двух сторон. В анализе крови: Нв - 80 г/л, эр. - 2,41012/л, СОЭ - 26 мм/час, креатинин - 1,0 ммоль/л, мочевины - 50 ммоль/л. В анализе мочи: уд. вес 1007, белок - 0,9 г/л, лейкоциты 3-4, эритроциты 5-6, цилиндры гиал. 2-3 в п/зр. Проба Зимницкого: уд. вес 1010-1012, СД 2100 мл, ДД 900 мл, НД 1200 мл.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.

#### Билет №23

Больная Ф., 55 лет, инвалид II группы, надомный труд. Доставлена дежурной бригадой в психиатрическую больницу. Со слов родственников 2 часа назад у больной появилось возбуждение, агрессивное настроение, ругала детей, пыталась поджечь дом. Два года больная страдает сахарным диабетом. Делает сама инсулин. В приемном покое у больной появились судороги, она потеряла сознание. При осмотре кожа бледная, влажная, ЧСС 52 уд. в мин. АД 80/60 мм рт.ст. Сухожильные рефлексы снижены, корнеальный вызывается слабо. Живот без особенностей.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента

#### Билет №24

Больная В., 33 лет, при поступлении в клинику жаловалась на боль в межфаланговых, пястно-фаланговых, лучезапястных, коленных и голеностопных суставах, ограничение подвижности в них, по утрам ощущение скованности в суставах. Болеет 1,5 мес. Кожные покровы бледные, деформация проксимальных межфаланговых, пястно-фаланговых, лучезапястных, коленных и голеностопных суставов. Активные движения в этих суставах резко ограничены из-за боли. Пульс ритмичный, 80 /мин. АД 150/80 мм рт.ст. I тон над верхушкой приглушен, систолический шум и усиление 2 тона над аортой. В остальном внутренние органы без изменений. Анализ крови: эр. 3,4\*1012 /л. НБ 96 г/л. цв. показатель 0,84, л.- 7,7\*109 /л, СОЭ 50 мм/час. Силаовая кислота 260 ед. СРП «++». Реакция ВаалераРоузе положительная. Результаты рентгенографии лучезапястных суставов:

остеопороз в эпифизах, сужение суставной щели, единичные узурсы суставных поверхностей.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента

#### Билет №25

Больная В., 32 лет, бухгалтер, поступила с жалобами на слабость, одышку, отеки лица, туловища, конечностей, увеличение живота. В анамнезе частые ангины. Два года назад перенесла острый гломерулонефрит. В дальнейшем отмечалась протеинурия, микрогематурия. Около недели назад перенесла ангину, после чего появились указанные жалобы. Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, анасарка, асцит, гидроторакс. АД - 105/70 мм рт.ст. ЧСС - 85 уд. в минуту. В анализе крови: лейкоц. -  $6,1 \cdot 10^9$  /л, СОЭ - 50 мм/час, общий белок - 44 г/л, альбумины - 41%, глобулины - 59%, холестерин - 24 ммоль/л. Анализ мочи: уд.в. 1035, реакция щелочная, белок - 3,5 г/л, лейкоциты - 6-8, эритроциты - 8-10, цилиндры гиалиновые, зернистые, восковидные 3-4, жировые капли 2-3 в поле зрения. Суточная протеинурия - 24 г/л.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.

#### Билет № 26

Больной Б., 50 лет, инженер, поступил с жалобами на схваткообразные боли в левой подвздошной и околопупочной областях, жидкий стул 5-6 раз в день, урчание, вздутие живота, слабость, похудание. Болен в течение 3-х месяцев. Начало заболевания связывает с приемом недоброкачественной пищи, после чего появился обильный жидкий стул, метеоризм, тошнота. Лечился самостоятельно (принимал левомицетин, фталазол), отмечал временное улучшение. Состояние постепенно ухудшалось, похудел на 7-8 кг, нарастала слабость, появилась кровоточивость десен. Объективно: больной пониженного питания, подкожно-жировой слой слабо выражен, кожные покровы бледные, сухие, тургор кожи понижен, как и мышечный. В легких - дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 92 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом, десны рыхлые. Живот обычной формы, симметричный, болезненный при пальпации в левой подвздошной и околопупочной областях. В левой подвздошной области определяется урчание. Печень не выходит из-под правой реберной дуги. В общем анализе крови: эр.-  $3,5 \cdot 10^{12}$  г/л, Нв 100 г/л, СОЭ - 10 мм/час. Биохимия крови: общий белок 62 г/л, холестерин 2,0 г/л, железо 6 ммоль/л, кальций 0,076г/л. Рентгенологически: остеопороз костей таза.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента

#### Билет № 27

Больная А., 34 лет, инженер, поступила в клинику с жалобами на боли в правом подреберье, иррадиирующие под лопатку и в надключичную область, непереносимость жирной пищи, чувство горечи во рту по утрам, однократно рвота, не приносящая облегчения. Из анамнеза установлено, что боли появились 2 года назад во время беременности, светлые промежутки бывают редко, сильных болевых приступов не отмечает. Объективно: повышенного питания, со стороны сердца и легких патологии не обнаружено. Язык обложен желтоватым налетом. Живот мягкий, болезненный в точке

Роже, печень не увеличена, положительные симптомы Мюсси, Кера, Василенко. В дуоденальном содержимом в порции "В" большое количество лейкоцитов, слизь, осадок, единичные лямблии. В посеве желчи выделен гемолитический стрептококк, чувствительный к тетрациклину. При рентгенологическом исследовании - тень желчного пузыря однородная, обычных размеров. После дачи пробного завтрака - сократилась менее чем на 1/3 объема.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.

Билет № 28

Больной В., 45 лет, водитель, предъявляет жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке, кашель с кровянистой мокротой, боль в грудной клетке слева, связанную с дыханием. Заболел остро: 2 дня назад внезапно появились сильные боли в грудной клетке, одышка, день назад повысилась температура. При объективном обследовании: температура тела 37,5°, цианоз губ и кончиков пальцев, набухание шейных вен. Дыхание справа везикулярное. Слева дыхание жесткое, голосовое дрожание усиленное, по передне-подмышечной линии - шум трения плевры. ЧДД - 35 в мин. Тоны сердца учащены, ритмичны, акцент II тона - на легочной артерии. ЧСС - 126 уд. в мин. АД - 90/60 мм рт.ст. Правая голень отека, болезненна при пальпации. При дополнительном исследовании: рентгенограмма грудной клетки - слева в н/трети легочного поля в инфильтративное затемнение с нечеткими контурами. ЭКГ: синусовая тахикардия, синдром QIII, высокий зубец R во II, III стандартных отведениях, Qv1-v2 смещение сегмента ST ниже изолинии в V1-V2. Анализ крови общий: эр. -  $4,3 \cdot 10^{12}$ , лейкоц. -  $9,8 \cdot 10^9$ , п - 5%, с - 65%, л - 25%, э - 3%, б - 2%, СОЭ - 21 мм/час.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента

Билет № 29

К фельдшеру медпункта доставлен пациент 62 лет. Состоит на диспансерном учете с диагнозом «ишемическая болезнь сердца». Жалобы на интенсивные боли за грудиной сжимающего характера с иррадиацией в левую лопатку. В начале приступа дважды принимал сублингвально нитроглицерин. Эффекта не отмечает. Продолжительность приступа 40 минут. Цвет кожных покровов и видимых слизистых оболочек без особенностей. Выслушивается ослабленный I тон над верхушкой сердца. Пульс – 60 уд/мин., АД – 160/90 мм рт.ст. На ЭКГ – смещение сегмента ST выше изолинии в грудных отведениях, высокий зубец T.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.

Билет № 30

Больная К., 18 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на жажду, повышенный аппетит, сухость во рту, обильное выделение мочи, похудание. Больна около 2-х месяцев. Объективно: температура 36,6°C, общее состояние удовлетворительное. Кожа сухая, шелушащаяся. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Дыхание везикулярное. Тоны сердца чистые, ритмичные, ЧСС 72 в мин., АД 110/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.

### **Лечение пациентов детского профиля**

Тема: Аллергические заболевания у детей. Онкология детского возраста. Неврозы детского возраста

Тесты:

1. Наиболее частой клинической формой пищевой аллергии у детей раннего возраста является:

- 1 атопический дерматит; (+)
- 2 бронхообструктивный синдром;
- 3 нефротический синдром;
- 4 гастроинтестинальный синдром;
- 5 крапивница и отек Квинке.

2. Наиболее часто вызывающую пищевую аллергию:

- 1 черника;
- 2 клубника; (+)
- 3 смородина;
- 4 крыжовник;
- 5 ежевика.

3. Введение прикорма ребенку с пищевой аллергией рекомендуется в возрасте:

- 1 10 месяцев;
- 2 6 месяцев; (+)
- 3 2-х месяцев;
- 4 4-х месяцев.

4 Следствием пищевой аллергии не является заболевание:

- 1 себорейный дерматит; (+)
- 2 крапивница;
- 3 атопический дерматит;
- 4 отек Квинке;
- 5 ринит.

5. Лимфогранулематоз у детей характеризуется  
(+) а) быстрым течением с частой генерализацией  
б) медленным течением  
в) редко генерализованный  
г) такой же темп течения, как и у взрослых

Вопросы:

1. Острые аллергические заболевания у детей: крапивница, принципы диагностики, неотложная помощь
2. Аллергический ринит. Этиология, клиника, диагностика.
3. Классификация доброкачественных опухолей у детей.

Задачи:

Задача №1

Вы сделали инъекцию пенициллина ребенку 7 лет. Через 2 мин. ребенок резко побледнел, пожаловался на резкую слабость, тошноту, покрылся холодным потом, появилось удушье, ребенок потерял сознание. Задания 1. Что произошло с ребенком? 2. Составьте алгоритм действий оказания неотложной помощи

Ответы 1. У ребенка развился анафилактический шок на введение пенициллина. 2. Алгоритм действий: уложить ребенка в горизонтальное положение с приподнятым ножным концом; доступ свежего воздуха, кислородотерапия; обколоть место инъекции 0,3-0,5 мл 0,1 % раствором адреналина, разведенного физиологическим раствором до 3,0-5,0 мл; холод на место инъекции; внутримышечно или подкожно ввести 0,1 % раствора адреналина 0,7 мл (0,1 мл/год); внутримышечно ввести 1 % раствор димедрола 0,7 мл (0,1 мл/год); внутримышечно ввести преднизолон 3-5 мг/кг; внутривенно струйно медленно ввести 2,4 % раствора эуфиллина 7,0 мл (1,0 мл/год); быть готовым к проведению сердечно-легочной реанимации; экстренная госпитализация

Задача №2 Ребенок 6 лет в связи с заболеванием острым гнойным отитом получал с 17/1 инъекции пенициллина по 350 тыс. 2 раза в день внутримышечно. 22/1 состояние ребенка ухудшилось, температура повысилась до 39° С, появились головная боль, тошнота, зуд, лицо отечное. На коже груди, живота, поясницы и конечностей появилась обильная уртикарная и местами кореподобная сыпь. Лимфатические узлы (шейные, подчелюстные) величиной с фасоль, плотные и слегка болезненные. Тоны сердца приглушены. Задания 1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента. 2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.. Эталоны ответов 1. Отек Квинке. Крапивница. 2. Алгоритм неотложной помощи: а) прекратить введение пеницилина; б) ввести внутримышечно 1% раствор супрастина 0,5 мл; в) ввести внутримышечно 50-70 мг гидрокортизона или 30-60 мг преднизолона; г) госпитализировать ребенка в аллергологическое отделение.

Тема Иммунодефицитные состояния. Диспансеризация детей. Подготовка ребенка к поступлению в дошкольное учреждение, школу .Вакцинопрофилактика.

Тесты

1. Какими будут противопоказания к иммунизации вакциной АКДС:

- а) прогрессирующие заболевания нервной системы+
- б) перинатальная энцефалопатия
- в) недоношенность

2. Каким способом вводится вакцина БЦЖ?

- а) наочно
- б) внутрикожно+
- в) подкожно
- г) через рот

3. В результате чего происходит выработка естественного пассивного иммунитета?

- а) введения сывороток
- б) бактерионосительства
- в) введения гамма-глобулина
- г) трансплацентарной передачи антител от матери плоду+

4. Введение, какой вакцины может проявить специфическую реакцию, такую как катаральный синдром?

- а) полиомиелитной вакцины
- б) коревой вакцины+
- в) БЦЖ
- г) АКДС

д) вакцины против гепатита В

5. Что включает в себя вакцина против краснухи?

- а) живой вирус краснухи+
- б) инактивированный вирус краснухи
- в) живой аттенуированный вирус краснухи (вакцинный штамм)
- г) инактивированный вакцинный штамм вируса краснухи

Вопросы:



- 1.Национальный календарь прививок.
- 2.Осложнения профилактических прививок.
- 3.Противопоказания к проведению профилактических прививок.

Задачи

Задача №1

Девочке 4,5 месяцев с неотягощенным анамнезом сделана вторая профилактическая прививка вакциной АКДС + полиомиелит. Предыдущую прививку АКДС + полиомиелит (в 3 месяца) перенесла хорошо. На 2-й день после прививки мать обратилась в поликлинику с жалобами на повышение температуры тела до 38°C, беспокойство, появление гиперемии и уплотнение в месте введения вакцины. Расценивая указанные симптомы, как осложнение после прививки, она обвинила врача и медсестру в «непрофессионализме». При осмотре: температура тела 37,8°C. По органам и системам патологии не выявлено. Стул кашицеобразный. В месте введения вакцины — инфильтрат диаметром 1 см, гиперемия и отек мягких тканей диаметром 3 см. Вопросы: 1. Ваш диагноз? 2. Какие лечебные мероприятия следует провести? 3. Нуждается ли ребенок в осмотре врачами-специалистами?

Ответы: 1. Дз:обычн.поствакц.р-ция на вакцину АКДС

2.Леч.мер-я:анальг+супраст.Холодн.примочку на место введ.

3.Нет

Задача №2 Вызов к мальчику 2 лет с жалобами на повышение температуры до 37,3°C и припухлость около левого уха. Ребенку 9 дней назад сделана прививка против паротита, за месяц до нее переболел ОРВИ. Из анамнеза известно, что на первом году жизни у ребенка отмечались симптомы атопического дерматита. Прививался по индивидуальному календарю. Прививки АКДС, против полиомиелита и кори перенес нормально. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Зев умеренно гиперемирован. Лимфоузлы не увеличены. Припухлость околоушной железы слева с утолщением кожной складки над ней. По внутренним органам без патологии. Менингеальные знаки не выявляются. Вопросы: 1. Ваш диагноз? 2. Следует ли подать экстренное извещение в СЭС?

Ответы: 1. Дз-Н р-ция на привив.пр/в эпид.паротита. Ув.околоуш.жел.слева 2.нет

Тема Инфекционные болезни у детей. Воздушно-капельные инфекции. Острые кишечные инфекции.

Тесты:

1. К типичным осложнениям кори не относится:

- 1 отит;
- 2 пневмония;
- 3 кератит;
- 4 энцефалит;
- 5 миокардит. (+)

2. Типичными клиническими проявлениями краснухи не являются:

- 1 субфебрильная лихорадка, легкие катаральные явления;
- 2 мелкопятнистая сыпь;
- 3 увеличение и болезненность заднешейных и затылочных лимфоузлов;
- 4 круп; (+)
- 5 одновременное развитие всех симптомов.

3. Типичной локализацией сыпи при краснухе является:

- 1 лицо, туловище, разгибательные поверхности конечностей, ягодицы; (+)
- 2 боковые поверхности туловища, внутренняя поверхность бедер, сгибательные поверхности конечностей;

- 3 поэтапное распространение сыпи на лице, туловище, конечностях;
- 4 туловище, конечности с концентрацией элементов на стопах, кистях и вокруг суставов

4 Для сыпи при ветряной оспе не характерны следующие

особенности:

- 1 полиморфизм с преобладанием везикул; их легкое опорожнение после прокола, пупковидное вдавливание у отдельных элементов;
  - 2 преимущественная локализация на лице, волосистой части головы, туловища и конечностей;
  - 3 "толчкообразные" высыпания с 1-2-дневными промежутками;
  - 4 одномоментные (в течение дня) пузырьковые высыпания, многокамерность элементов;
  - (+)
  - 5 высыпания на слизистых оболочках.
5. Характерным симптомом эпидемического паротита не является:
- 1 лихорадка;
  - 2 увеличение околоушных слюнных желез;
  - 3 увеличение подчелюстных слюнных желез;
  - 4 боли в животе;
  - 5 ангина. (+)

Вопросы:

- 1. Дифференциальная диагностика высыпаний при кори, краснухе, скарлатине.
- 2. Возбудитель, клиника, диагностика, лечение менингококковой инфекции
- 3. Гепатиты А, В, С. Пути передачи, клиника, диагностика.

Задачи

Задача №1 К фельдшеру обратились с ребенком 6 лет, он упорно кашляет в течение 2-х недель, больше по ночам, приступообразно, иногда приступ сопровождается рвотой. После кашля отделяется небольшое количество стекловидной мокроты. Ребенку прививки не делали, так как страдает аллергодерматозом с рецидивирующим течением. Общее состояние не нарушено, температура 36,6° С. Между приступами ребенок играет. Задания 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза, расскажите о методике их выявления. Ответы 1. Коклюш. Заключение основано на данных анамнеза, а именно жалоб: упорный кашель в течение 2-х недель, больше по ночам, приступообразный, с рвотой, с отхождением в конце кашля стекловидной мокроты. Отсутствие специфической профилактики. Данных объективного исследования: слабой выраженности симптомов интоксикации (температура 36,6° С, общее состояние не нарушено), характерного приступообразного кашля. 2. Дополнительные симптомы: кровоизлияния в склеры и язвочка на уздечке языка вследствие постоянной травматизации уздечки зубами. у детей раннего возраста может быть апноэ; одутловатость лица; приступы спазматического кашля можно спровоцировать при надавливании на корень языка, козелок уха.

Задача №2 Вы – фельдшер ФАПа, на вызове у ребенка 6 лет. Болен 2-й день, беспокоит боль при жевании, повороте головы и открывании рта, повышение температуры. При осмотре: температура 38,0° С, с обеих сторон вокруг ушных раковин припухлость, болезненность при пальпации. Ребенок посещает детский комбинат, где уже были случаи подобного заболевания. Задания 1. Сформулируйте предположительный диагноз. 2. Ваша тактика по отношению к больному? Ответы 1. Эпидемический паротит. На основании эпид.анамнеза и типичной клиники – припухлость и болезненность в области слюнной железы и жалоб. 2. Изолировать больного на дому на 9 дней, назначить симптоматическое

лечение: парацетамол 10 мг/кг внутрь, витамины, сухое тепло на область желез, постельный режим, щадящую диету, полоскание полости рта, обильное питье.

Задача №3 Вы – фельдшер, на вызове у ребенка 5 лет. Заболел остро, уже 2-й день температура 38,0-38,7°C, понижен аппетит, вялость, бледность. При осмотре: состояние средней тяжести, бледный, в зеве – умеренная гиперемия миндалин, дужек, миндалины отечны, на левой миндалине и на передней дужке плотные налеты сероватого цвета с четкими краями. Увеличены и умеренно болезненны подчелюстные лимфоузлы слева. Ребенок посещает детский сад. Задания 1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте ответ. 2. Ваша тактика по отношению к больному Ответы 1. Дифтерия зева. На основании клиники – наличие интоксикации, типичных фибриновых налетов на миндалинах и передней дужке, кровоточивость при попытке его удалить, отечность миндалин и увеличения тонзиллярных лимфоузлов. 2. Госпитализировать в инфекционный стационар, в направлении указать все профилактические прививки, проведенные ребенку

Тема Доврачебная помощь при неотложных состояниях

Тесты:

1 Неотложная помощь детям при острой дыхательной недостаточности заключается в следующих мероприятиях, кроме:

- 1 витаминотерапии; (+)
- 2 восстановления объема циркулирующей крови;
- 3 коррекции кислотно-щелочного равновесия;
- 4 оксигенотерапии;
- 5 ликвидация дыхательной недостаточности.

2 При астматическом статусе назначается:

- 1 внутривенное введение эуфиллина;
- 2 оксигенотерапия; (+)
- 3 седативные препараты;
- 4 все перечисленное;
- 5 ингаляционные кортикостероиды.

3. При остром стенозирующем ларингобрахеите не отмечается:

- 1 изменение голоса;
- 2 грубый лающий кашель;
- 3 втяжение уступчивых мест грудной клетки;
- 4 удлинение вдоха; (+)
- 5 дыхательная недостаточность.

4. Основная задача начального этапа инфузионной терапии при большинстве патологических состояний заключается в:

- 1 восстановлении объема экстрацеллюлярной жидкости;
- 2 восстановлений объема циркулирующей плазмы; (+)
- 3 дезинтоксикации;
- 4 восстановлении объема циркулирующих эритроцитов;
- 5 устранении дефицита калия.

5. Мальчик 6 лет, вялый, бледный, распространенные отеки. Врач "скорой помощи" должен выяснить:

- 1 снижен ли аппетит;
- 2 сколько выделяет мочи; (+)
- 3 контакты с корью;

- 4 какие перенес детские инфекции;
- 5 какая температура в течение последней недели.

Вопросы:

1. Неотложная помощь при стенозирующем ларинготрахеите (ложный круп)
2. Причины судорог у детей. Неотложная помощь
3. Лихорадка, виды лихорадки, неотложная помощь

Задачи

Задача №1 У ребенка 9 месяцев повышение температуры тела до 39,2° С. Кожные покровы гиперемированы, кисти и стопы горячие на ощупь.

Задания

1. Определите состояние пациента.
2. Составьте алгоритм действий.

Эталон ответа

1. Гипертермический синдром (теплая) лихорадка.
2. Алгоритм действий
  - а) уложить, раскрыть, обтирать кожные покровы влажной губкой, смоченной теплой водой (30-32° С), в течение 2-3 мин;
  - б) дать парацетомол в возрастной дозе, по назначению врача;
  - в) вызвать врача для постановки диагноза и госпитализации ребенка.

Задача №2 На вызове Мать 9-месячного ребенка рассказала что у него со вчерашнего дня наблюдаются насморк, повышение температуры тела до 37,2° С. Ночью ребенок проснулся, был беспокоен, плакал.

При осмотре температура тела 38,5° С, голос осипший, появился громкий "лающий" кашель, ребенок начал задыхаться, затруднен вдох, в легких прослушиваются сухие хрипы.

Задания

1. Определите состояние пациента.
2. Составьте алгоритм действий

Эталон ответа

1. Стенозирующий ларинготрахеит (ложный круп).
2. Алгоритм действий
  - а) вызвать врача;
  - б) обеспечить доступ свежего, влажного воздуха или кислорода;
  - в) усадить, запрокинуть голову;
  - г) закапать в нос или на корень языка 0,5% раствор нафтизина;
  - д) провести ручные, ножные горячие ванны;
  - е) дать теплое щелочное питье.

Задача №3 Девочка 7 лет лечится по поводу обострения хронического тонзиллита.

Получает бисептол. Врачом было назначено внутримышечное введение пенициллина по 500 тыс. 2 раза в день. Через минуту после введения девочке пенициллина в поликлинике у нее появилась резкая бледность лица, цианоз слизистой оболочки губ, рвота, одышка, судороги, пульс нитевидный. Конечности холодные.

Задания

1. Определите состояние пациента.
2. Составьте алгоритм действий

Эталон ответа

1. Анафилактический шок.
2. Алгоритм действий

- а) прекратить контакт с аллергеном;
- б) вызвать помощь;
- в) уложить, обеспечить более высокое положение ног, голову повернуть на бок;
- г) обеспечить доступ свежего воздуха или кислорода;
- д) на область введения препарата холод;
- е) по назначению врача ввести 0,1% раствор адреналина внутримышечно и в место введения аллергена;
- ж) по назначению врача вводить: растворы преднизолона, тавегила, корглюкона, соды, 5% глюкозы.

#### Тема Лечение острых респираторных заболеваний

##### Тесты:

1. При респираторно-синцитиальной инфекции у детей 1 года жизни отмечается:

- а) бронхолит +
  - б) диарея
  - в) конъюнктивит
2. Что является источником инфекции при гриппе?

- а) Больной человек+
- б) Рековалесцент
- в) Животные — резервуар вируса
- г) Птицы — резервуар вируса
- д) Все перечисленные

3 Что из данного относится к основным клиническим симптомам гриппа:

- а) Лихорадка, гиперемия лица
- б) Катаральные явления
- в) Гиперемия слизистой ротоглотки, отечность и зернистость задней стенки глотки
- г) Озноб, недомогание, ломота, боли в мышцах
- д) Все перечисленные+

4. Чем характеризуется клиническая картина гриппа у детей раннего возраста?

- а) Поражением нервной системы
- б) Судорожным и менингеальным синдромом
- в) Дыхательной недостаточностью
- г) Ложным крупом (с отеком легких и гортани)
- д) Всем перечисленным+

##### Вопросы:

1. Клинические проявления гриппа.
2. Аденовирусная инфекция, клиника, лечение
3. Дифференциальная диагностика гриппа и парагриппа

##### Задачи:

Задача №1. К фельдшеру обратились за помощью с годовалым ребенком. Болен третий день, жалобы на кашель, сильный насморк, плохой сон, сниженный аппетит, вялость. 7 Объективно: состояние ребенка средней тяжести,  $t - 38,9^{\circ} \text{C}$ , беспокойный, выражены катаральные явления, обильные серозные выделения из носа, конъюнктивит, кровоизлияние в склеры, в зеве разлитая гиперемия, зернистость задней стенки глотки, увеличение подчелюстных лимфатических узлов. Кожные покровы чистые. В легких дыхание пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, тахикардия. Стул в норме. Задания 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Перечислите методы диагностики заболевания. 3. Расскажите о принципах лечения. Эталоны ответов 1. Клинический диагноз: "Аденовирусная инфекция" ставится на основании: анамнеза: жалобы на кашель, сильный насморк, плохой сон, сниженный аппетит, вялость; объективного осмотра: состояние средней тяжести, температура  $38,9^{\circ} \text{C}$ ,

выражены катаральные явления: обильные серозные выделения из носа, конъюнктивит, кровоизлияния в склеру, в зеве разлитая гиперемия, зернистость задней стенки глотки, увеличение подчелюстных лимфатических узлов. 2. Лабораторная диагностика: а) серологическое исследование на вирусы б) посев слизи из носоглотки на вирусы 2-кратно  
Задача №2. Фельдшера ФАП вызвали к заболевшему ребенку 8 месяцев. Болен 2-ой день. Беспокоит сухой кашель, обильные выделения из носа слизистого характера. Температура вчера днем 37,8° С, вечером – 38,8° С. При осмотре: температура – 39,2° С. Вялый, капризный. Кожа сухая, розовая, горячая на ощупь, на щеках – яркий румянец. Частота дыхания – 40 в мин., пульс – 150 уд./мин. По органам: яркая гиперемия в зеве, жесткое дыхание, тоны сердца приглушены. Задания 1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента. 2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи. Эталонные ответы 1. Острое респираторное заболевание. Тяжесть состояния обусловлена синдромом лихорадки «розового» типа. 2. Алгоритм действий: применить методы физического охлаждения: легкая одежда, холодный компресс на лоб, область крупных сосудов, водочно-уксусное обтирание, дать внутрь парацетамол 10-15 мг/кг или ввести литическую смесь, в состав которой входят 50 % раствор анальгина 0,1 мл/год и 1 % раствор димедрола 0,1 мл/год, обильное питье; учитывая возраст ребенка госпитализация в детское отделение

Тема Лечение скарлатины, коклюша, дифтерии, менингококковой инфекции

Тесты:

1 Для коклюша не типично:

- 1 гипертермия; (+)
- 2 одутловатость лица;
- 3 толчкообразный кашель с судорожным вдохом;
- 4 выделение вязкой мокроты;
- 5 рвота при кашле.

2. Наиболее частым среди первичных гнойных менингитов у детей является:

- 1 менингококковый; (+)
- 2 менингит, вызванный гемофильной палочкой Афаназьева-Пфейффера;
- 3 пневмококковый;
- 4 стафилококковый;
- 5 эшерихиозный.

3. При локализованной форме дифтерии ротоглотки:

- а) температура выше 40°С
- б) резкая боль при глотании
- в) гиперемия зева
- г) налеты, не выходящие за пределы миндалин+
- д) отек клетчатки шеи

4.. Вакцинация против дифтерии детей раннего возраста проводится:

- а) АКДС-вакциной+
- в) АДС-М-анатоксином
- б) АДС-анатоксином

5. Возбудителем скарлатины является:

- а) бета-гемолитический стрептококк группы А+
- б) стрептококк группы В
- в) зеленящий стрептококк

Вопросы:

1. Клинические формы дифтерии
  2. Коклюш. Возбудитель заболевания, клинические периоды
  3. Клинические проявления менингококковой инфекции. Менингеальные симптомы
- Задачи

Задача №1 Девочка 4-х лет больна в течение 2 дней. Жалуется на слабость, вялость, незначительные боли в горле. При осмотре: температура 37,9° С, состояние средней тяжести, ребенок вялый. Отмечается гиперемия зева. На увеличенных миндалинах блестящие налеты серовато-белого цвета (не снимаются тампонами). Приторно-сладковатый запах изо рта. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечно-сосудистая система без патологических изменений. Стул, мочеиспускание в норме. Не привита по медицинским показаниям. Задания 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Нужна ли госпитализация в данном случае? 3.

Перечислите возможные осложнения. Эталоны ответов 1. У девочки 4-х лет локализованная форма дифтерии зева. Диагноз поставлен по данным анамнеза, жалоб объективного обследования: слабость, небольшая боль в горле, t-37,9° С, гиперемия зева, на увеличенных миндалинах налеты серовато-белого цвета (не снимаются тампонами). Эпидемический анамнез: отсутствие вакцинации по медицинским показаниям. 2. Ребенок изолируется в инфекционный стационар, для уточнения диагноза берутся мазки из зева на дифтерийную палочку Леффлера. Постельный режим, лечение антитоксической противодифтерийной сывороткой. 3. Возможные осложнения: инфекционно-токсический шок, миокардит, полирадикулоневрит, острый гломерулонефрит

Задача №2 К фельдшеру обратились с ребенком 6 лет, он упорно кашляет в течение 2-х недель, больше по ночам, приступообразно, иногда приступ сопровождается рвотой.

После кашля отделяется небольшое количество стекловидной мокроты. Ребенку прививки не делали, так как страдает аллергодерматозом с рецидивирующим течением. Общее состояние не нарушено, температура 36,6° С. Между приступами ребенок играет. Задания 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза, расскажите о методике их выявления. Ответы 1.

Коклюш. Заключение основано на данных анамнеза, а именно жалоб: упорный кашель в течение 2-х недель, больше по ночам, приступообразный, с рвотой, с отхождением в конце кашля стекловидной мокроты. Отсутствие специфической профилактики. Данных объективного исследования: слабой выраженности симптомов интоксикации (температура 36,6° С, общее состояние не нарушено), характерного приступообразного кашля. 2.

Дополнительные симптомы: кровоизлияния в склеры и язвочка на уздечке языка вследствие постоянной травматизации уздечки зубами. у детей раннего возраста может быть апноэ; одутловатость лица; приступы спазматического кашля можно спровоцировать при надавливании на корень языка, козелок уха.

Тема Лечение кори, краснухи, ветряной оспы, эпидемического паротита.

Тесты

1. Пятна Бельского-Филатова-Коплика появляются у детей на

- а) лице
- б) туловище
- в) конечностях
- г) слизистой оболочке щек+

2. Первые элементы сыпи при кори у детей появляются на

- а) лице+
- б) туловище
- в) руках
- г) ногах

3. Мелкая сыпь розового цвета, пятнистого характера, на неизменном фоне кожи без тенденции к сливанию наблюдается при

а) менингококковой инфекции

б) кори

в) краснухе+

г) скарлатине

4. Увеличение околоушных слюнных желез у детей характерно для

а) кори

б) краснухи

в) ветряной оспы

г) эпидемического паротита+

5. Воспаление яичек при эпидемическом паротите у мальчиков

а) омфалит

б) орхит+

в) цистит

г) пиелонефрит

Вопросы:

1. Дифференциальная диагностика периода высыпаний при кори и краснухи

2. Ветряная оспа. Особенности высыпаний

3. Клинические проявления эпидемического паротита

Задачи

Задача №1. В приемное отделение больницы доставлен мальчик, 14 лет, наблюдавшийся фельдшером по месту жительства. Диагноз при направлении в стационар — грипп, пневмония, аллергическая сыпь. Болен 5 дней. Температура 39,6° С -40° С. Кашель, конъюнктивит, на 5-ый день болезни появилось пятнистая сыпь на лице и шее. Задания 1. Сформулируйте предположительный диагноз. 2. Какие данные анамнеза и осмотра помогут уточнить диагноз? 3. Тактика в отношении больного.. Эталоны ответов 1. У ребенка 14 лет корь. 2. Помогут поставить диагноз данные анамнеза (случай кори дома или в школе), данные осмотра (пятна Коплика-Филатова на слизистой рта). 3. Ребенка изолировать, назначить постельный режим, симптоматическое лечение, если нет осложнений. Ребенок не заразен через 5 дней болезни от начала высыпания.

Задача №2 Саша М., 15 лет, заболел остро: поднялась температура-38° С, боли при жевании, отдающие в левое ухо. В левой околоушной области припухлость, кожа над ней обычной окраски. Задания 1. Сформулируйте предположительный диагноз. 2. Тактика в отношении больного.. Эталоны ответов 1. У ребенка 15 лет эпидемический паротит. 2. Ребенка изолировать на время выраженных клинических проявлений, на область околоушной железы слева положить сухое тепло.

## **5. Критерии и шкала оценивания компетенций на различных этапах их формирования**

### **Критерии оценивания ответов на устные вопросы**

<b>п/п</b>	<b>критерии оценивания</b>	<b>оценка/зачет</b>
<b>.</b>	1) полно и аргументированно отвечает по содержанию задания; 2) обнаруживает понимание материала, может	отлично



	обосновать свои суждения, применить знания на практике, привести необходимые примеры не только по учебнику, но и самостоятельно составленные; 3) излагает материал последовательно и правильно.	
.	студент дает ответ, удовлетворяющий тем же требованиям, что и для оценки «5», но допускает 1-2 ошибки, которые сам же исправляет.	хорошо
.	ставится, если студент обнаруживает знание и понимание основных положений данного задания, но: 1) излагает материал неполно и допускает неточности в определении понятий или формулировке правил; 2) не умеет достаточно глубоко и доказательно обосновать свои суждения и привести свои примеры; 3) излагает материал непоследовательно и допускает ошибки.	удовлетворительно
.	студент обнаруживает незнание ответа на соответствующее задание, допускает ошибки в формулировке определений и правил, искажающие их смысл, беспорядочно и неуверенно излагает материал; отмечаются такие недостатки в подготовке студента, которые являются серьезным препятствием к успешному овладению последующим материалом.	неудовлетворительно

### Критерии оценивания результатов тестирования

п/п	тестовые нормы: % правильных ответов	оценка/зачет
	85-100 %	отлично
	70-84%	хорошо
	51-69%	удовлетворительно
	менее 50%	неудовлетворительно

Если студенческая работа отвечает всем требованиям критериев, то ей дается оценка *отлично*. Если при оценивании половина критерием отсутствует, то работа оценивается *удовлетворительно*. При незначительном нарушении или отсутствии каких-либо параметров в работе, она оценивается *хорошо*.

### Критерии и шкала оценивания результатов обучения промежуточной аттестации

п/п	критерии оценивания	Оценка /зачет
	Оценка «отлично» выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал,	«отлично»/ зачтено

	исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал различной литературы, правильно обосновывает принятое нестандартное решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач по формированию общепрофессиональных компетенций.	
	Оценка «хорошо» выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, а также имеет достаточно полное представление о значимости знаний по дисциплине.	<i>«хорошо» / зачтено</i>
	Оценка «удовлетворительно» выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает сложности при выполнении практических работ и затрудняется связать теорию вопроса с практикой.	<i>«удовлетвори тельно» / зачтено</i>
	Оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, неуверенно отвечает, допускает серьезные ошибки, не имеет представлений по методике выполнения практической работы. Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по данной дисциплине.	<i>«неудовлетво рительно»/не зачтено</i>

## 6.Описание процедуры оценивания знаний и умений, характеризующих этапы формирования компетенций

Оценка знаний, умений, навыков, характеризующих этапы формирования компетенций по дисциплине ПМ.02 Лечебная деятельность осуществляется в ходе текущего и промежуточного контроля.

Текущий контроль организуется в формах: устного опроса (беседы, индивидуального опроса, докладов, сообщений); контрольных работ; проверки письменных заданий (эссе, рефератов); тестирования.

Промежуточный контроль осуществляется в формах зачета и итогового экзамена. Каждая форма промежуточного контроля должна включать в себя теоретические вопросы, позволяющие оценить уровень освоения студентами знаний и практические задания, выявляющие степень сформированности умений и навыков.

Процедура оценивания компетенций обучающихся основана на следующих принципах:

периодичности проведения оценки, многоступенчатости оценки по устранению недостатков, единства используемой технологии для всех обучающихся, выполнения условий сопоставимости результатов оценивания, соблюдения последовательности проведения оценки.

Краткая характеристика процедуры реализации текущего и промежуточного контроля для оценки компетенций обучающихся включает:

доклад, сообщение - продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой публичное выступление по представлению полученных результатов решения определенной учебно-практической, учебно-исследовательской или научной темы. Подготовка осуществляется во внеурочное время. На подготовку дается одна неделя. Результаты озвучиваются на втором занятии, регламент- 7 минут на выступление. В оценивании результата наравне с преподавателем принимают участие студенты группы.

устный опрос – устный опрос по основным терминам может проводиться в начале/конце лекционного или семинарского занятия в течении 15-20 мин. Либо устный опрос проводится в течение всего семинарского занятия по заранее выданной тематике.

тест – проводится на заключительном занятии. Позволяет оценить уровень знаний студентами теоретического материала по дисциплине. Осуществляется на бумажных носителях по вариантам. Количество вопросов в каждом варианте- 20. Отведенное время на подготовку – 60 мин.

зачет– проводится в заданный срок согласно графику учебного процесса. Зачет проходит в устной форме в виде собеседования по вопросам итогового контроля. При выставлении результата по зачету учитывается уровень приобретенных компетенций студента. Компонент «знать» оценивается теоретическими вопросами по содержанию дисциплины, компоненты «уметь» и «владеть» - практикоориентированными заданиями. Аудиторное время, отведенное студенту на подготовку – 15-20 мин.

Разноуровневые задания (кейс задания, ситуационные задачи). Цель решения задач — обучить студентов умению проводить анализ реальных ситуаций.

- Самостоятельное выполнение задания;
- Анализ и правильная оценка ситуации, предложенной в задаче;
- Правильность выполняемых действий и их аргументация;
- Верное анатомо-физиологическое обоснование решения;
- Самостоятельное формулирование выводов;

Реферат - продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой публичное выступление по представлению полученных результатов решения определенной учебно-практической, учебно-исследовательской или научной темы. Защита реферата проводится на занятии.

Изложенное понимание реферата как целостного авторского текста определяет критерии его оценки: новизна текста; обоснованность выбора источника; степень раскрытия сущности вопроса; соблюдения требований к оформлению.

Новизна текста: а) актуальность темы исследования; б) новизна и самостоятельность в постановке проблемы, формулирование нового аспекта известной проблемы в установлении новых связей (межпредметных, внутрипредметных, интеграционных); в) умение работать с исследованиями, критической литературой, систематизировать и структурировать материал; г) явленность авторской позиции, самостоятельность оценок и суждений; д) стилевое единство текста, единство жанровых черт.

Степень раскрытия сущности вопроса: а) соответствие плана теме реферата; б) соответствие содержания теме и плану реферата; в) полнота и глубина знаний по теме; г) обоснованность способов и методов работы с материалом; е) умение обобщать, делать выводы, сопоставлять различные точки зрения по одному вопросу (проблеме).

Обоснованность выбора источников: а) оценка использованной литературы: привлечены ли наиболее известные работы по теме исследования (в т.ч. журнальные публикации последних лет, интернет ресурсы и т.д.).

Соблюдение требований к оформлению: а) насколько верно оформлены ссылки на используемую литературу, список литературы; б) оценка грамотности и культуры изложения.